



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de
Enfermagem**

**OLHARES DOS ENFERMEIROS SOBRE A QUALIDADE
ASSISTENCIAL NUM CENTRO MATERNO INFANTIL**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Ana Isabel Condês Tomaz

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

**OLHARES DA ENFERMAGEM SOBRE A QUALIDADE ASSISTENCIAL NUM
CENTRO MATERNO INFANTIL**

NURSING PERSPECTIVE ON ASSISTANCE QUALITY IN A CHILDHOOD CENTER

Dissertação de Mestrado orientada pela Professora Doutora Maria Manuela Ferreira
Pereira da Silva Martins

Ana Isabel Condês Tomaz

“A qualidade não é só uma metodologia gerencial e nem um problema puramente técnico e económico. Ela é uma questão ética e moral. Deixar de buscá-la e de praticá-la é um ato irresponsável e imoral”.

Mezomo

AGRADECIMENTOS

Foram dois anos de ansiedade, incertezas, novas amizades, algum desespero e do nascimento da minha filha Matilde. Por vezes, por pouco que notasse, foi preciosa a ajuda e apoio de colegas, professores, amigos e familiares que comigo conviveram nesta fase.

À Professora Doutora Manuela Martins pelo estímulo, disponibilidade, guia, orientação e inspiração na caminhada desta investigação.

Ao conselho de Administração do Centro Materno Infantil onde o estudo de investigação foi realizado, pela autorização facultada e pelas condições que proporcionou para a realização do mesmo.

Às minhas colegas do curso de mestrado Carla Freitas e Cármen Freitas pela entreaajuda, incentivo e superação de momentos difíceis, principalmente no primeiro ano letivo.

À minha família, pela paciência, carinho, ânimo, incentivo e amor incondicional que tiveram estes dois anos, em especial ao meu marido Pedro Lourenço.

A todos, o meu sincero agradecimento.

RESUMO

O estatuto profissional dos enfermeiros integra no seu domínio a autonomia de atuação perante processos de autorreflexão, diante do exponencial progresso e desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. A qualidade tornou-se tema crescente de interesse nas organizações de saúde, colocando a premissa aos enfermeiros de prestarem cuidados de enfermagem de excelência. A cultura da melhoria contínua da qualidade determina que os enfermeiros analisem e reflitam nas suas ações de maneira a implementarem estratégias de monitorização, avaliação e mudanças dos cuidados. Os enfermeiros gestores atuam como um vetor fundamental entre as necessidades dos clientes, dos enfermeiros e da organização. Nesse sentido a finalidade deste estudo baseia-se em conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a qualidade que garante a assistência num Centro Materno Infantil. Foram delineados como objetivos: analisar a opinião dos enfermeiros sobre as condições globais do serviço de forma a garantirem a qualidade assistencial; Analisar a relação entre as características sociodemográficas e a percepção dos enfermeiros relativamente com os padrões de qualidade assistencial; Analisar a relação entre as características profissionais e a percepção dos enfermeiros relativamente com padrões de qualidade assistencial; Descrever as atividades de maior representação no Centro Materno Infantil. O estudo de carácter quantitativo, exploratório e descritivo foi realizado num Centro Materno Infantil de Portugal Continental, onde participaram 112 enfermeiros, de uma amostra de conveniência. Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário de autopreenchimento. Os resultados evidenciaram que os enfermeiros se preocupam com a qualidade do seu serviço e mostram que denotam preocupação por parte do enfermeiro gestor com a qualidade assistencial. Ainda que percecionem níveis positivos em relação às condições do serviço, apontam uma grande fragilidade a nível de recursos humanos. Através da escala de percepção de atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados verificou-se que os enfermeiros executam maioritariamente “Sempre” e “Às vezes” as itens inerentes às categorias dos padrões de qualidade emanados pela Ordem dos Enfermeiros: satisfação do cliente; promoção da saúde; prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado; readaptação funcional; organização dos cuidados de enfermagem. A satisfação do cliente surgiu como a categoria mais percecionada como executada pelos enfermeiros, seguido da Prevenção de Complicações e do Bem-Estar e Autocuidado.

Palavras-chave: enfermagem, qualidade, melhoria continua, saúde, gestão

ABSTRACT

The professional status of nurses integrates in their field the autonomy of action facing processes of self-reflection, in view of the exponential progress and development of nursing knowledge. Quality has become a growing topic of interest in health organizations, placing the premise on nurses to deliver excellence nursing care. The culture of continuous quality improvement requires that nurses analyze and reflect on their actions in order to implement strategies for monitoring, evaluating and changing care. Nursing managers act as a key vector between the needs of clients, nurses and the organization. In this sense the purpose of this study is based on knowing the nurse's perception about the quality that guarantees the care in a Maternal and Child Center. The objectives were: to analyze the nurse's opinion on the overall conditions of the ward in order to guarantee the quality of care; To analyze the relationship between the sociodemographic characteristics and the nurse's perception regarding the standards of care quality; To analyze the relationship between the professional characteristics and the nurses's perception regarding standards of care quality; Describe the activities of greater representation in the Maternal and Child Center. The quantitative, exploratory and descriptive study was carried out in a Maternal and Child Health Center of Continental Portugal, where 112 nurses participated in a convenience sample. As a data collection instrument, a self-filling questionnaire was used. The results showed that the nurses care about the quality of their service and show that they denote concern of the nurse manager with the quality of care. Although they perceive positive levels regarding the conditions of the service, they point out a great fragility in terms of human resources. Through the scale of perception of nursing activities that contribute to the quality of care, it was verified that nurses mostly perform "Always" and "Sometimes" the dimensions inherent in the categories of quality standards emanated by the Order of Nurses: customer satisfaction; health promotion; prevention of complications, well-being and self-care; functional readjustment; organization of nursing care. Customer satisfaction emerged as the most perceived category as performed by nurses, followed by Prevention of Complications and Well-Being and Self-Care.

Key words: nursing, quality, continuous improvement, health, management

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSA - Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia
ANA - American Nurses Association
EFQM – European Foundation for Quality Management
ENF. - Enfermeiros
EUA – Estados Unidos da América
ICN - International Council of Nurses
ISO - International Organization for Standardization
JCI - Joint Commission International
HQS - Health Quality Service
OECD - Organization for Economic Co-operation and Development
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PDCA – Plan, Do, Check, Act
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RH – Recursos Humanos
RPCEG - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor
Vs – Versus

INDICE

INTRODUÇÃO	21
1. O Paradigma da qualidade nos cuidados de saúde	27
1.1 O desenvolvimento da qualidade	29
1.2 A influência da qualidade na saúde	32
2. Contributos dos Enfermeiros Gestores para a qualidade assistencial.....	43
3. Qualidade dos cuidados de enfermagem	51
3.1 Qualidade assistencial e enfermagem	51
3.2 Contributos para a perceção dos Enfermeiros sobre a qualidade da organização 60	
3.3 Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros.....	63
3.3.1 Enunciados descritivos.....	67
4. trabalho de campo – preparação de um estudo de caso	81
4.1 Variáveis em estudo.....	85
4.2 População e amostra	89
4.3 Instrumento de colheita de dados.....	90
4.4 Procedimentos de colheita e análise dados e éticos	92
5. Construção da qualidade na perspectiva dos ENfermeiros.....	95
5.1 A Caracterização dos participantes do estudo	96
5.2 Atividades que contribuem para a qualidade em Enfermagem	99
5.3 A Qualidade do serviço na perspectiva dos enfermeiros.....	106
5.5 Das características dos enfermeiros à perceção das atividades que contribuem para a qualidade	108
5.6 Da qualidade percecionada à evidência do conhecimento	112
CONCLUSÃO.....	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	127

ANEXOS	135
ANEXO I – Questionário aplicado.....	137
ANEXO II – Projeto aprovado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto	143
ANEXO III – Autorização da Comissão de Ética e Conselho de Administração	145
ANEXO IV – Consentimento do autor para utilização da escala	149

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Itens da Escala de Percepção das atividades de Enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados	92
Tabela 2 - Representação do sexo dos participantes	96
Tabela 3 - Representação da idade dos participantes	96
Tabela 4 - Representação do estado civil dos participantes	97
Tabela 5- Representação dos anos de exercício profissional	97
Tabela 6 - Representação dos anos de exercício profissional no atual serviço	97
Tabela 7 - Representação da detenção de especialidade dos participantes	98
Tabela 8 - Distribuição da percepção da categoria Satisfação do Cliente	99
Tabela 9 - Distribuição da percepção da categoria Promoção da Saúde	100
Tabela 10 - Distribuição da percepção da categoria Prevenção de Complicações	101
Tabela 11 - Distribuição da percepção da categoria O Bem- estar e o autocuidado ..	102
Tabela 12 - Distribuição da percepção da categoria A readaptação funcional	104
Tabela 13 - Distribuição da percepção da categoria A organização dos cuidados de Enfermagem	105
Tabela 14 - Distribuição das categorias da percepção dos padrões de qualidade	105
Tabela 15 - Distribuição das características do serviço	107
Tabela 16 - Coeficiente de correlação entre as categorias dos padrões de qualidade	108
Tabela 17 - Coeficiente de correlação entre as categorias dos padrões de qualidade, idade, anos de exercício profissional e anos no atual serviço	109
Tabela 18 - Associação entre Promoção da saúde e estado civil	109
Tabela 19 - Associação entre categorias relativas aos padrões de qualidade e especialidade	110
Tabela 20 - Coeficiente de correlação entre as características do serviço e categorias de padrões de qualidade	111

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Desenho do estudo	84
------------------------------------	----

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Variável características sociodemográficas	86
Quadro 2- Variável características profissionais.....	86
Quadro 3 - Variável opinião características do serviço	87
Quadro 4 - Variável percepção dos padrões de qualidade.....	87

INTRODUÇÃO

Encontramo-nos num mundo globalizado em constantes transformações, adaptações e competições, com uma maior circulação de pessoas e bens e com um vasto patamar de conhecimentos e expectativas. Consequentemente as organizações têm de proporcionar mudanças, arriscar na inovação e acima de tudo oferecer e possibilitar serviços/produtos de qualidade. A qualidade deve ser entendida como o produto final de uma sucessão de acontecimentos e elementos de trabalho, onde todos os intervenientes, independentemente da sua formação e do seu nível de conhecimentos participam e colaboram para o produto e resultado final.

A questão da qualidade acompanha a evolução das sociedades desde sempre, tornando-se uma premissa eterna de todas as organizações. A sua preocupação inicial surgiu no sector da indústria, mas rapidamente ascendeu a outros sectores, como as organizações de saúde.

Devido à importância do tema nos cuidados de saúde foram várias as estratégias adotadas mundialmente a fim de proporcionar cuidados de saúde de excelência e com qualidade. Foram desenvolvidos e adotados novos conhecimentos e habilidades, novas ferramentas de monitorização e melhoria da qualidade (como indicadores de qualidade, auditorias e gerenciamento do risco), consciencialização da acreditação e implementados padrões e critérios de atuação (Chalupowski, 2016). A melhoria da qualidade dos serviços de saúde foi mesmo destacada como uma prioridade nacional constando nos últimos planos nacionais de saúde (Fradique, et al., 2013).

A necessidade de questionar e providenciar uma qualidade assistencial de excelência na área da saúde explica-se por um conjunto de razões e fatores, entre as quais se realçam as de ordem económica (racionalização dos recursos e manutenção de custos), de ordem social (crescente exigência e expectativa dos clientes, com aumento da sua procura de conhecimento), e profissional (desenvolvimento e crescimento do nível de formação e conhecimentos, evolução e aperfeiçoamento de boas práticas) (Yuri, et al., 2010).

A verdade é que a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde tem crescido de importância e se tem manifestado, não só ao nível dos decisores políticos e das

administrações, mas também no seio dos profissionais de saúde e dos próprios utentes (Sousa, et al., 2008). No entanto cada um destes grupos pode apresentar os seus propósitos – os administradores na procura de estratégias com cuidados de renome e ao menor custo possível; os políticos na procura de crédito pelas políticas e estratégias de qualidade implementadas perante a realidade económica; os profissionais de saúde na procura de condições de trabalho que permitam a prestação de cuidados com segurança, excelência e qualidade; os clientes na procura de cuidados de saúde eficientes seguros, de qualidade que garantam a sua satisfação e expectativas.

Para os profissionais de saúde o grande desafio consta na implementação de estratégias a adotar a fim de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados e de assegurar a todos um acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e com custos adequados (Sousa, et al., 2008).

De acordo com ChalupoWski (2016) a qualidade dos cuidados de saúde deve ser vista como o grau em que os cuidados prestados pelo profissional se encontram de acordo com quatro critérios: o conhecimento científico atualizado, padrões éticos profissionais, a lei aplicável, e os princípios de justiça e equidade. O mesmo autor enfatiza a necessidade da gestão da qualidade integrar as competências do profissional de saúde de modo a que este haja com honestidade, transparência, respeito e responsabilidade.

A procura pela melhoria contínua é um esforço de todos, no entanto os enfermeiros têm demonstrado ao longo da sua história uma evolução tremenda e uma busca incessável por melhores condições a fim de melhorarem as suas capacidades técnicas e práticas, procurando sempre atuar em conformidade com os mais elevados padrões de qualidade estabelecidos.

A investigação teórica e prática conseguida pela disciplina de enfermagem, assim como o estabelecimento de teorias biomédicas e da sociedade e o conhecimento derivado do constante contacto e interação com outras disciplinas faz com que as várias itens da enfermagem se encontrem em constante desenvolvimento. Cada etapa e evolução histórica adquirida da disciplina de enfermagem moldou e clarificou ainda mais as itens necessárias para o estabelecimento dos aspetos científicos, promovendo uma evolução de conhecimentos próprios, encaminhando a disciplina para o progresso (Meleis, 2012). Segundo a mesma autora esse mesmo progresso e evolução baseiam-se e integram seis etapas onde o enfermeiro desenvolve o seu papel: prática, educação, gestão, pesquisa, teoria e integração. Etapas essas, essenciais para os cuidados de qualidade.

De facto a investigação em enfermagem procura dar respostas às necessidades em saúde e ao possibilitar a tomada de decisão baseada em evidências científicas possibilita uma mudança de práticas e atitudes que possam orientar os enfermeiros no caminho pretendido, o da qualidade dos cuidados.

Os cuidados de Enfermagem, parte relevante e determinante das atividades institucionais hospitalares e comunitárias, desafiam a garantia da obtenção da qualidade assistencial de forma eficiente e eficaz, obedecendo e respeitando as necessidades e requisições dos clientes e dos próprios profissionais de saúde (Yuri, et al., 2010).

A qualidade dos cuidados não existe sem a participação de todos os colaboradores e os enfermeiros gestores têm um papel fundamental na dinamização do empenho e sensibilização dos enfermeiros do seu serviço, seja para a manutenção de critérios de qualidade, seja para efeitos de mudanças estratégicas. Os enfermeiros ao trabalhar em equipas multidisciplinares têm além do dever de prestar cuidados individuais de qualidade, o dever de o fazer em equipa. E as equipas devem estar em consonância, pois patamares diferentes de objetivos e aspiração não funcionam para se atingir cuidados de qualidade (Sale, 1998).

A qualidade dos cuidados de enfermagem resulta não apenas do conhecimento técnico e científico, dos comportamentos e atitudes e de uma prática refletida baseada na evidência e experiência, mas também de uma gestão/liderança para essa mesma qualidade, sendo necessário estimular a formação dos profissionais e o trabalho em equipa, proporcionar comunicação, confiança, motivação e segurança a fim de estabelecer um compromisso efetivo com os valores, missão e objetivos da organização.

O enfermeiro gestor atua como elo de referência no processo de Gestão de cuidados de qualidade, onde lhe incutem responsabilidades como criar e promover as políticas da instituição, planear e organizar os cuidados a nível dos serviços, identificar necessidades de formação dos seus enfermeiros e fomentar novas práticas de formação, realizar uma previsão a nível das necessidades sejam materiais ou humanas, promover monitorizações de qualidade, definir valores, fixar diretrizes, ser um mediador na gestão de conflitos a fim de promover a harmonia e estabilidade da sua equipa, suscitar expectativas e atuar no planeamento estratégico a nível do serviço e institucional.

O processo de melhoria de qualidade exige e supõe que os gestores dos serviços de saúde efetuem com clareza as responsabilidades acima referidas, pois apenas estes podem criar as estratégias e os mecanismos para direcionar as atividades, propósitos e decisões da instituição e assim, alcançar a excelência.

Apesar de a implementação de padrões de qualidade ser um desafio a nível da sua execução na prática, em 2001 a Ordem dos Enfermeiros, definiu e fixou um conjunto de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem no sentido de orientar a uma melhoria contínua do exercício profissional e à excelência do mesmo, onde o cliente se encontra como chave central dos cuidados, visto como um ser individual, social e único (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Os cuidados de enfermagem são operados num conhecimento em que todo o processo é influenciado pelos vários contextos que constituem o ambiente no qual a pessoa vive e se desenvolve, influenciando a sua qualidade de vida e opções de saúde.

É assim expectável que os enfermeiros pautem a sua ação de acordo com estes padrões, que demonstram ser um recurso valioso no auxílio da perceção do papel do enfermeiro junto da sociedade, sendo definidos em seis categorias de enunciados descritivos: satisfação do cliente; promoção da saúde; prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado; readaptação funcional; organização dos cuidados de enfermagem (Nunes, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2001).

“Claramente, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2001 p. 6). De facto, os enfermeiros assumem um papel essencial nos cuidados de saúde, centram a sua atenção nos processos humanos e na relação terapêutica (sendo talvez o grupo profissional da área da saúde que mais tempo se encontra em contacto com o cliente) e encontram-se diretamente inseridos na prestação de cuidados e na gestão dos serviços. No entanto são alguns os estudos a relatar a limitação da investigação existente relativa à perceção da qualidade dos cuidados de enfermagem, como no caso do estudo de Fradique, et al (2013). Conjuntamente, a falta de estudos nas bases de dados utilizadas e nos livros analisados sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem em Centro Materno-Infantis invoca mais a necessidade e pertinência do aprofundamento do tema do presente estudo, daí a sua escolha.

Embora o desenvolvimento deste estudo seja sobre a perceção que os enfermeiros têm acerca dos cuidados aplicados, denota a sua ligação à gestão uma vez que pode funcionar como alerta das práticas de gestão aplicadas na instituição ou como indicativo das práticas dos enfermeiros a melhorar. Neste seguimento, a finalidade do presente trabalho é contribuir para fazer mudanças promotoras da qualidade dos cuidados, no

contexto do Centro Materno-Infantil. É necessário descobrir e identificar problemas e erros, de modo a eliminar os efeitos não desejados e proporcionar oportunidades de melhoria. Assim foi formulada a seguinte questão de partida: **“Será que as características dos enfermeiros e o contexto de trabalho influenciam a percepção dos mesmos sobre os padrões de qualidade?”**.

Considerando estes aspetos foram definidos os seguintes objetivos:

- Refletir sobre o conhecimento atual existente acerca da qualidade dos cuidados;
- Resumir a aprendizagem em torno da investigação sobre a percepção da qualidade assistencial num Centro Materno-Infantil;
- Analisar os resultados do trabalho de campo.

O presente relatório encontra-se estruturado em três momentos. Num primeiro momento, procede-se ao enquadramento concetual em que se suporta a investigação, onde se insere a exploração dos conceitos e temáticas como: qualidade, qualidade em saúde, contributos do enfermeiro gestor na qualidade assistencial, qualidade dos cuidados de enfermagem integrando a qualidade assistencial, a importância da percepção dos enfermeiros na qualidade assistencial e os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros.

Num segundo momento procede-se ao enquadramento metodológico para a construção da investigação.

O terceiro momento envolve a apresentação e discussão da colheita de dados e posteriores resultados do estudo, assim como evidenciadas as principais conclusões.

1. O PARADIGMA DA QUALIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE

A atenção pela busca de qualidade no seio das organizações de certo modo sempre existiu, fazendo parte da essência humana. Hoje em dia é comum os consumidores exigirem garantias de qualidade acrescida de produtos e serviços, transfigurando-se tal ato numa tarefa complexa devido às diferenças percecioneis do significado de qualidade.

Neste capítulo será primeiramente explorado o conceito central desta investigação, seguindo-se uma breve explicação do desenvolvimento da preocupação com a qualidade dos serviços e como essa preocupação se processou nos cuidados de saúde,

Conceito que tem evoluído ao longo dos tempos, qualidade deriva do latim *“qualitate”*, e qualidade apresenta-se como um conceito subjetivo e pouco claro, encontrando-se diretamente relacionada com a percepção e intuição de cada indivíduo (Saraiva, et al., 2009).

Atualmente “Qualidade” talvez seja uma das palavras-chave mais utilizada e desejada no seio da sociedade e das organizações. No entanto existe certa confusão com este termo devido ao seu subjetivismo e também ao uso genérico com que se utiliza para retratar coisas bem diferentes. Para alguns, qualidade associa-se a atributos intrínsecos de um produto, para outros associa-se à satisfação dos clientes segundo a conformidade do desempenho do produto (Carpinetti, 2016).

É unânime por parte dos autores a dificuldade de definir algo que não é palpável, que contem características complexas e multifacetadas e que se debate com a subjetividade de “algo perfeito” aos olhos de cada indivíduo. Pires (2012) corrobora esta complexa tentativa de definir qualidade afirmando que *“ por um lado, porque os consumidores podem entender a qualidade de diversas maneiras; por outro lado, porque a qualidade assume cada vez mais uma abrangência maior e necessita de utilizar conhecimentos provenientes de mais áreas do conhecimento”*. (Pires, 2012 p. 52)

Entendemos que as seguintes definições de qualidade demonstram uma excelente tentativa de a significar e um bom ponto de partida para iniciar a sua descoberta.

Silva (2013) refere que a qualidade *“é a conformidade com as especificações”* (Silva, 2013 p. 115) e *“define-se em termos de vontades e necessidades dos clientes que a organização serve”* (Silva, 2013 p. 139).

Por sua vez Mezomo (2001) entende qualidade como *“um conjunto de propriedades de um serviço (produto) que o tornam adequado à missão de uma organização (empresa) concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas dos seus clientes”* (Mezomo, 2001 p. 73).

Segundo a norma ISO 9000:2000 a qualidade é *“o grau de satisfação de requisitos dados por um conjunto de características intrínsecas”* (Saraiva, et al., 2009 p. 19)

Por sua vez Hesbeen (2001) revela a dificuldade de adjectivação mas usa palavras para a descrever como *“excelência”*, o *“que há de melhor”*, *“perfeição”*. No entanto, ressalta que se *“encontra em permanente processo de invenção, de criação, de evolução”* (Hesbeen, 2001 p. 152).

A sua definição já por si é complexa mas Donabedian (2003) congue torna-la ainda mais complexa afirmando que nenhum nível de qualidade deve ser totalmente satisfatório e que se deve sempre tentar fazer ainda melhor.

São vários os fatores que intervêm na sua definição, tais como o tipo de serviço ou produto prestado, a cultura, as necessidades ou mesmo as expectativas criadas. Tendo enumeras significações é importante ter sempre em conta o sentido da procura de qualidade ou por quem este vocábulo é aplicado: profissionais de saúde (objetivam melhores condições de trabalho e mais recursos), clientes (objetivam eficiência, eficácia, acessibilidade e satisfação dos cuidados prestados), políticos (objetivam a satisfação da população), gestores (direcionam o seu pensamento para os gastos económicos e até mesmo para a certificação). O curioso é que apesar das variadas significações atribuídas, é perceptível em quase todas elas o particular ênfase na satisfação do cliente.

A qualidade pressupõe um vasto conjunto de ações, esforços e compromissos individuais e coletivos mas Mezomo (2001) especifica algumas das suas vantagens quer a nível interno, quer externo numa organização: reduz custos e desperdícios, aumenta a produtividade, aumenta a responsabilidade pessoal, proporciona o aumento da procura, o

aumento da credibilidade e confiança externa, o aumento do lucro da organização e aumento da satisfação do consumidor (Mezomo, 2001).

1.1 O desenvolvimento da qualidade

Ao longo dos anos as organizações sempre tentaram dar resposta às várias pressões a que foram sendo sujeitas, a fim de manterem a sustentabilidade do seu negócio, através da identificação de necessidades e expectativas presentes no momento da transação de mercado. O interesse pela qualidade tem tido uma evolução histórica mundial.

A ideia de qualidade é uma preocupação existente desde os primórdios da humanidade, pois durante o período de produção artesanal, que acompanhou durante séculos a história da humanidade, o artesão produzia e alterava o produto de acordo com as exigências específicas do cliente (Carpinetti, 2016; Pires, 2012). Havia assim, uma relação direta entre o produtor – comprador. Além disso existiam normalmente três elementos: o mestre, o ajudante e o aprendiz, cada um com a sua função específica (Pires, 2012).

Mas foi a partir do século XVIII, com a revolução industrial, com o desenvolvimento tecnológico e a sofisticação social e comercial, que surge a necessidade de produção por níveis e em massa. Taylor e o fabrico em série são o grande mote para esta geração de modelos de produção e novas relações com o mercado, baseadas na divisão por tarefas e no aumento das unidades de produção. Existe nesta época um afastamento entre quem produz e quem utiliza o bem produzido (Saraiva, et al., 2009). O controlo da qualidade passou a ser atividade externa à produção, realizada pelo inspetor da qualidade (Carpinetti, 2016).

As falhas e erros nos equipamentos militares durante a Primeira Guerra Mundial foram uma das justificações para que a quantidade sobreposta à qualidade fosse colocada em causa. Surgem as primeiras inspeções, com a finalidade de certificar que os produtos se encontravam conforme as especificações (Pires, 2012).

O conceito de qualidade passou a basear-se nas características físicas do produto, surgindo técnicas de amostragem e outros procedimentos e controlos estatísticos e organizacionais, começando a surgir o controlo de qualidade, numa perspetiva de redução de custos por antecipação de possíveis defeitos (Saraiva, et al., 2009; Longo, 1996).

A partir da Segunda Guerra Mundial, devido ao crescimento económico, a gestão da qualidade despoletou uma nova preocupação e realidade, surgindo uma nova filosofia gerencial, uma vez que a satisfação das necessidades do cliente passou a ser tema central. A qualidade deixou de ser uma interpretação do produto final e passou a ser um problema da empresa, incorporando todos os aspetos da sua execução (Longo, 1996). Surgiram os primeiros estudos de mercado e surgiram novas abordagens organizacionais e cooperativas (Saraiva, et al., 2009), surgindo a **Gestão de Qualidade Total** ¹ (Longo, 1996).

A inclusão do controlo de qualidade e o envolvimento dos funcionários em pequenas melhorias no processo produtivo aclararam o objetivo final de diminuição de custos de produção e das não conformidades identificadas no produto final (Saraiva, et al., 2009).

A conveniência e exigência da indústria da defesa relacionada com a aeronáutica e indústria nuclear por volta de 1959, cimentaram ainda mais os alicerces relativos à definição de garantia de qualidade (Saraiva, et al., 2009).

A partir de 1987 surgem os modelos/normas ISO da série ISO 9000, com o objetivo de avaliar a qualidade dos produtos e fornecedores. As normas ISO traduzem-se em padrões normalizados que certificam produtos e serviços nas diversas organizações mundiais, traduzindo-se num conjunto de atividades de gestão, que contribuem para a redução de não conformidades e desperdícios. Essa normalização oferece um modelo padrão para a implantação do **Sistema de Gestão da Qualidade** dentro da organização (Carpinetti, 2016).

Desde o ano 2000, que o termo *Gestão da qualidade total* se tornou menos utilizado, privilegiando-se o termo **gestão da qualidade**. Programas de qualidade total, amplamente executados e implementados nas empresas nos anos 1980 e 1990, foram modificados e transformados noutros programas de gestão da qualidade e melhoria (Carpinetti, 2016).

Nos últimos anos do século XX a evolução das tecnologias de informação e os avanços tecnológicos suportaram o movimento de globalização e alteraram de forma significativa os mercados de negócio, introduzindo nas empresas novos canais de distribuição, acesso rápido à informação, novas partilhas de conhecimento e uma maior rapidez nos processos

¹ Gestão Qualidade total – engloba todos os aspetos da produção, assim como os esforços para melhorias do processo, prevenção de erros, envolvimento e motivação dos funcionários, satisfação das necessidades dos consumidores, melhoria da produtividade e competitividade. Pressupõe uma filosofia de gestão que promove e desafia uma melhoria continua (Mezomo, 2001).

de decisão – traduzindo-se num suporte essencial à gestão da qualidade (Saraiva, et al., 2009).

A par destes desenvolvimentos das empresas industriais mundiais surgem nomes como Deming, Juran e Crosby, pilares fundamentais da inclusão da qualidade à gestão estratégica e operacional das organizações.

William Edwards Deming (1900-1993) definiu a qualidade como “*conformidade de um produto com as especificações técnicas que lhe foram atribuídas*” (Gomes, 2004 p. 8).

Para Deming, uns dos maiores aliados na reconstrução Japonesa após a Segunda Guerra Mundial, o foco nos trabalhadores não era suficiente para a implementação de técnica de qualidade, mas era fulcral o empenho continuado da gestão de topo. A sua filosofia da qualidade é expressa através de 14 princípios, onde se pressupõem por um lado a necessidade de motivar os trabalhadores da empresa para o empenho de melhoria da qualidade, por outro, a responsabilidade da gestão de topo em proporcionar as condições que permitam os esforços individuais (Gomes, 2004). Dentro da organização o objetivo seria o de criar um movimento contínuo de melhorias, onde as necessidades e expectativas dos consumidores eram o ponto de partida para todo o processo (Pires, 2012) - **Processo de melhoria contínua da qualidade** ². Apesar da importância da componente humana no processo de qualidade e da sua filosofia vigorar nos dias de hoje, o seu conceito de qualidade centrava-se substancialmente nos aspetos técnicos do produto, o que se traduz numa falha (Gomes, 2004).

Outra contribuição fundamental de Deming foi o ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act), onde ao invés das opiniões de outros nomes como Juran, incentivou a mudança da cultura organizacional e dos fundamentos administrativos de gestão de recursos humanos (Carpinetti, 2016).

Josep Moses Juran (1904-2008) “*definiu qualidade em termos da adequação de um produto à sua utilização pretendida*” (Gomes, 2004 p. 11).

A abordagem de Juran evidencia o alcance de um melhor desempenho para a organização e não o de manutenção de um mesmo nível de qualidade (Pires, 2012). Juran divide o processo de gestão de qualidade em três fases particulares: planeamento da

² Melhoria contínua da qualidade – todas as ações realizadas para aumentar o valor do produto, através do processo de planeamento, de execução e de avaliação com o objetivo de garantir as mudanças e os resultados pretendidos (Mezomo, 2001).

qualidade, controlo da qualidade e melhoria de qualidade, transpondo a evidência de que que a gestão da qualidade exigia processos de gestão específicos nas organizações. Define ainda modelos de custos de qualidade, realçando a inspeção e prevenção de falhas (Gomes, 2004). Juran mencionava que todos os procedimentos direta ou indiretamente alusivos ao ciclo produtivo, deviam ser orientados para o suporte das expetativas do cliente (Carpinetti, 2016).

Phillip Crosby (1926-2001) na mesma linha de pensamento de Deming define qualidade *“em termos de conformidade do produto com as suas especificações técnicas, mas introduz a ideia de que a qualidade é grátis, compensa sempre o investimento, desde que se garanta que o processo vai produzir bem à primeira”* (Gomes, 2004 p. 14). Ou seja, se não houver exigências, a qualidade deixa de ter sentido.

A produção sem erros à primeira tentativa advém principalmente da criação de uma consciência coletiva para a qualidade, da motivação dos colaboradores reconhecendo o seu esforço para a melhoria da qualidade e da gestão de recursos humanos da empresa (Gomes, 2004).

A qualidade absoluta não existe, logo o produto deve ser planeado e criado para um segmento bem percebido e definido no mercado e referente ao segmento de consumidores a agradar, a um custo que os mesmos estejam dispostos a pagar. A qualidade pretendida e a qualidade obtida conseguem ser identificadas e distinguidas pelo número e tipo de defeitos com que o produto é fabricado (Pires, 2012).

Sendo assim, e associando o desenvolvimento estratégico da qualidade das organizações até aos dias de hoje, pode-se concluir que independentemente do modelo de gestão da qualidade e do seu teórico associado, o envolvimento da gestão de topo, o destaque no cliente e o comprometimento e envolvimento dos colaboradores são fundamentais para o sucesso.

1.2 A influência da qualidade na saúde

Num mercado atualmente bastante diferenciado e competitivo, a inovação surge como uma resposta imediata à necessidade de diferenciação aumentando a crescente

sofisticação e alinação do consumo e produto final. O foco da qualidade tende a direccionar-se para as pessoas, os conhecimentos, a cultura e o sistema de princípios e valores éticos da organização ao invés do desenvolvimento do produto em si (Saraiva, et al., 2009).

Sem dúvida que os conhecimentos aplicados à melhoria contínua da qualidade no sector industrial influenciaram de forma significativa outras áreas de atuação nomeadamente a área da saúde. Mezomo (2001) refere mesmo que os serviços de saúde *“já se vêem e se entendem como organizações que utilizam recursos, que executam processos e que objetivam resultados”* (Mezomo, 2001 p. 106), utilizando os princípios da administração organizacional industrial (Sale, 1998). Além do mais, com a Garantia da qualidade ³ total recomenda-se e sugere-se o desabrochar de um conceito no todos os funcionários se encontram envolvidos em todas os contornos de melhorar os cuidados, que devem por sua vez ser sustentados por um sistema de gestão com igual interesse e dedicação na política de melhoramento da qualidade (Sale, 1998).

Como foi possível perceber, definir qualidade não é uma tarefa fácil, no entanto é fácil correlaciona-la na prestação de cuidados de saúde pela adaptação a um efeito final, de preferência com ausência total de erros, de acordo com critérios, normas, padrões, orientações, numa troca continua entre a procura e a oferta de serviços prestados. Além disso a continuidade de níveis satisfatórios de qualidade nos serviços de saúde pode levar a uma diminuição considerável dos custos dos cuidados de saúde (Silva, 2013).

Apesar de o despertar de atenção para a qualidade nos cuidados de saúde ter surgido anos mais tarde do que a revolução industrial, esta ideologia teve também etapas bem delineadas e fases de evolução. Mezomo (2001) sumariza estas etapas evidenciando as suas características: *“nos anos 60 deu-se ênfase ao “controlo”, nos anos 70 a ênfase passou para a “avaliação”, nos anos 80 falou-se em “garantia”, nos anos 90 falou-se em “melhoria”, agora fala-se em “desenvolvimento”* (Mezomo, 2001 p. 106).

O mesmo autor realça ainda que apesar da perspectiva de actuação ter sido alterada os objetivos fundamentais da qualidade permanecem os mesmos realçando o respeito à pessoa, a equidade, a paz e a ética organizacional e profissional (Mezomo, 2001).

³ Garantia da qualidade – todas as ações planeadas e organizadas que se ao efetivarem geram a confiança de que um serviço/produto responda aos requisitos determinados da qualidade (Mezomo, 2001).

Revela-se nos últimos anos uma crescente preocupação com a gestão da qualidade em saúde (Yuri, et al., 2010; Rabenschlag, et al., 2015; Campos, et al., 2010). A gestão da qualidade em saúde integra dois objetivos básicos: “*o desenvolvimento de mecanismos que garantam a sobrevivência da organização e mecanismos que possibilitem sua permanente e contínua evolução*” (Paladini 2004 cit. em Souza, et al., 2017 p. 96).

Na saúde a qualidade foi durante décadas compreendida como conformidade ao uso, no entanto sofreu visíveis mudanças por se compreender a necessidade implícita e explícita da noção de avaliação, fortalecendo-se os programas de acreditação hospitalar e de outros prestadores (Malagutti, et al., 2009).

Os resultados em saúde dependem facilmente da qualidade dos cuidados prestados (Campos, et al., 2010). Interiorizando a definição de “qualidade” no seu estado bruto, podemos concluir que mesmo no sector da saúde, esta deve ser utilizada sempre para o profissional fazer o melhor possível. Aliás torna-se claro que a maioria das definições apresentadas e discutidas centram-se primariamente na organização interna da entidade prestadora de cuidados. A grande incerteza comparativamente ao sector da indústria prende-se com a maior subjetividade relativamente ao fator doença, englobando fatores complexos de avaliação e conformidade contrastando com os casos objetivos relativos às características, especificações e conformidades do produto final. Além disso, surge a questão da produção e do consumo simultâneo, que acontece diretamente no campo de ação, podendo influenciar diretamente a apreciação qualitativa e quantitativa do serviço prestado.

Hesbeen (2001) segue esta linha de pensamento ao dar o exemplo de uma carta transcrita de uma doente tratada a um cancro dirigida ao diretor do hospital onde realizou o tratamento. Nela pode-se ler afirmações como:

“De facto sinto-me dividida. Por um lado, reconheço ter encontrado técnicas médicas de excelência, cuidados eficientes e um grande profissionalismo da equipa que os presta. Por outro lado, constatei a falta de disponibilidade para ouvir e acompanhar o doente (...) fica-se perdido dentro dos serviços (...) tantos recursos financeiros são consumidos pelas técnicas de ponta, quando tão pouco seria necessário para melhorar o conforto e a ajuda dos doentes (...)”

(Hesbeen, 2001 pp. 39-41)

Para a doente a qualidade dos cuidados apresentou-se apenas numa perspetiva. Se calhar outro doente no mesmo caso e na mesma situação não sentiu falta de disponibilidade nem orientação dos profissionais de saúde. Daí a dificuldade da precisão e

definição de “qualidade” e consequentemente “qualidade em saúde”. O mesmo autor chama ainda a atenção para alguns factores que podem alterar a perspetiva de qualidade dos cuidados como o momento em que é realizada a avaliação de qualidade, a acessibilidade dos recursos, a percepção individual e se a apreciação é realizada a uma pessoa ou a um grupo de pessoas (Hesbeen, 2001).

Considerado como muitos o pai da qualidade no setor da saúde, Avedis Donabedian (1919-2000) realça a importância da combinação e da aplicação da ciência e da tecnologia nos cuidados de saúde, traduzindo-se em produtos de qualidade, tendo aplicado inúmeros conceitos de monitorização e avaliação da qualidade no sector de saúde. Além disso refere que a a qualidade desses mesmos produtos é caracterizada por alguns atributos – eficácia, efectividade, eficiência, optimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade - que usados e medidos de forma isolada ou combinada, constituem uma definição de qualidade (Donabedian, 2003).

De facto, os atributos explorados por DONABEDIAN (2003) devem ser considerados num modelo ideal de sistema de saúde a fim de proporcionar cuidados de saúde de qualidade, permitindo a intervenção do cliente, do profissional de saúde e de uma gestão política-económica justa e clara. Em 2001 o Institute of Medicine da National Academy of Sciences dos EUA reforçou estes mesmos atributos como fundamentais, ao definir um serviço de saúde com qualidade como sendo *“seguro, eficaz, centrado no doente, atempado, eficiente e equitativo”* (Silva, 2013 p. 5)

Todas as itens da qualidade em saúde apresentadas e sumariamente explicadas são uma tentativa de esclarecimento de um conceito amplamente difícil de definir. Não basta argumentar que os cuidados de saúde são de qualidade é necessário avaliá-los. Surge assim a tríade **estrutura-processo-resultado** proposta por Donabedian, que no sistema de saúde se tem organizado e traduzido em indicadores de qualidade. Esta tríade não pretende funcionar como atributos de qualidade, apenas pretende o fornecer de informação ao qual se poderá fazer inferências sobre a qualidade. Através dos resultados obtidos pelos indicadores é possível avaliar uma dada situação, traçar um planeamento adequado, estabelecer melhorias necessárias e consequentemente melhorar a qualidade da assistência.

A **estrutura** diz respeito às condições onde os cuidados de saúde são prestados, nomeadamente os recursos materiais, instalações, equipamentos, recursos humanos

(quantidade, variedade e qualificação) e as características organizacionais (Donabedian, 2003).

O **processo** integra todas as atividades inerentes ao processo de prestação de cuidados, designadamente diagnóstico, tratamento, reabilitação e educação em saúde, incentivando à incorporação dos cuidadores familiares. Incorporam os conhecimentos científicos e tecnológicos e a relação interpessoal entre cliente e profissional de saúde (Pereira, 2009).

O **resultado** refere-se às modificações presentes no indivíduo ou população imputadas pelos cuidados de saúde. Incorporam aspetos como mudanças nos serviços de saúde, no conhecimento e comportamento do indivíduo ou família, e a satisfação dos cuidados e seus resultados por parte dos clientes (Donabedian, 2003).

A verdade é que os indicadores de qualidade não se conseguem substituir uns aos outros, nem apresentam os mesmos efeitos e conclusões. Cada um tem o seu uso e as suas limitações, podendo ser utilizados individualmente ou em conjunto, servindo como um fio condutor de informação. Apesar da relação causa-efeito destes indicadores é necessário ter em atenção que maus processos ou estrutura nem sempre dão maus resultados e vice-versa. Donabedian alerta para esse facto ao referir que “*deve ser lembrado que as relações postuladas para existir entre pares adjacentes no modelo estrutura-processo-resultado não são objetivas*” (Donabedian, 2003 p. 49). O importante é a constante procura pela melhoria contínua dos processos e da estrutura e identificar estratégias para salvaguardar os melhores resultados, e não apenas utilizar esta fórmula de modo simplista e linear. Assim, os vários níveis têm que ser avaliados e responsabilizados pelas decisões que tomam (Campos, et al., 2010).

Apesar desta tríade ter sido largamente adotada pelos cuidados de saúde como indicadores de qualidade, afirmando-se como uma ferramenta essencial à gestão e à avaliação do sistema de saúde, é necessário esclarecer alguns pontos, devido à subjetividade e complexidade da área da saúde.

Donabedian (2003) considera as propriedades relativas à estrutura como possivelmente o maior determinante da qualidade dos cuidados. No entanto integram um conjunto princípios limitadores tanto por parte dos clientes como dos profissionais de saúde, uma vez que o comportamento individual tem influência na qualidade dos cuidados prestados. Podemos assim afirmar que a quantidade de recursos humanos, o seu

conhecimento e a sua competência técnica e social são fundamentais para a qualidade dos cuidados em saúde.

As características dos processos de cuidados estão por sua vez mais relacionados com os resultados do que com as características da estrutura (Donabedian, 2003). Isto pode gerar algum contra censo e dificuldade de avaliação principalmente porque não se consegue reportar aos factos sociais/relacionais existentes entre profissional e cliente. Podemos obter o resultado dos cuidados prestados mas não concluir se os mesmos foram prestados de uma maneira competente.

O atributo dos resultados é sempre o mais pretendido quando se pretende avaliar a qualidade dos cuidados, pois conecta-se de imediato a importância dos efeitos na saúde e bem-estar dos clientes. A verdade é que os resultados acabam por ser a consequência dos cuidados prestados. No entanto Donabedian (2003) chama a atenção para o problema de atribuição – não é possível atribuir uma ligação fiável e perfeita entre o processo e o resultado. Esta dificuldade dá-se principalmente devido às diferentes características médicas, sociais, ambientais, psicológicas, económicas, ou genéticas dos clientes, que podem influenciar os resultados em saúde independentemente do processo de cuidados. Um dos grandes problemas é o intervalo entre a aplicação dos cuidados e o seu resultado final que pode ser demasiado grande para influenciar a qualidade dos mesmos. O mesmo autor refere também que uma das vantagens dos resultados “*é que estes refletem não só o que foi feito pelos clientes mas também de que maneira foi feito*” (Donabedian, 2003 p. 53), de maneira a garantir competência na qualidade dos cuidados.

Yuri, et al. (2010) argumenta em jeito de conclusão que “*é fundamental buscar a identificação dos problemas, no intuito de implantar ações eficazes, monitorar o processo e execução de cada uma delas e, finalmente, favorecer o trabalho de avaliação dos serviços, para se alcançar o padrão ideal de excelência da qualidade*” (Yuri, et al., 2010 p. 338).

Estratégias a implementar que melhorem os resultados em saúde, demandam uma abordagem sistémica que atualmente integra vários determinantes da saúde. Turrell citado por Campos, et al. (2010) descreve três níveis de determinantes aos quais as intervenções podem ser canalizadas: “*num nível micro estão os sistemas de tratamento, gestão da doença e investigação clínica. No nível intermédio estão os estilos de vida e os programas individuais de prevenção e modificação dos comportamentos de risco. No nível macro estão as políticas de saúde, fatores associados à globalização e fatores sociais, físicos, económicos*” (Campos, et al., 2010 p. 18).

Campos, et al. (2010) chama também a atenção para a influência e dependência dos resultados em saúde perante outros conjuntos de características individuais como biológicas (idade, género, raça e etnia), genéticas, culturais, das características dos cuidadores e da comunidade (competências, redes de apoio, valores, tradições e normas sociais), dos comportamentos de risco, e da forma como os cidadãos buscam e efetivam os cuidados, modificam os comportamentos de risco e os cuidadores e a comunidade os apoiam.

A necessidade de proporcionar qualidade nos cuidados de saúde apesar de ser uma conduta subjetiva e complexa tornou-se num imperativo técnico e social (Yuri, et al., 2010).

O aumento das expectativas e exigências dos cidadãos e atribuição de responsabilização aos profissionais de saúde acentua ainda mais a ênfase nos resultados obtidos e a adequação dos recursos disponíveis. Assim as estratégias de melhoria contínua da qualidade constituem uma necessidade no campo de atuação de direitos e deveres dos vários elementos produtores e consumidores de cuidados – **políticos, gestores, profissionais de saúde e clientes**.

Ao nível das **políticas adotadas** em Portugal nos cuidados de saúde, a acreditação e a certificação em saúde passou a ser uma das prioridades estratégicas do Ministério da Saúde com o objetivo da condecoração pública e oficial de qualidade produzida e alcançada pelas instituições de saúde, assim como as melhorias conseguidas (Campos, et al., 2010).

A acreditação das instituições de saúde em Portugal iniciou-se em 1999, com a criação do Instituto da Qualidade em Saúde, posteriormente extinto em 2006. O programa de acreditação adotado baseou-se na metodologia King's Fund (hoje em dia denominado CHKS), tendo sido celebrado um acordo entre o Ministério da Saúde Português e o Health Quality Service (HQS), aparecendo o primeiro Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais. No entanto perante a identificação de algumas lacunas relativas à cultura da qualidade e à organização dos serviços de saúde, assim como a falta de indicadores de desempenho e apoio à gestão, a Unidade de Missão para os Hospitais S.A., adotou o modelo da Joint Commission International (JCI) ⁴ para acreditação dos hospitais em Portugal. Em 2009 foi criado o Departamento da Qualidade na Saúde, onde foi aprovada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, que define as prioridades para a

⁴ A JCI criada em 1994, encontra-se a promover processos de acreditação em mais de 90 países, mediante standards e normas internacionais, baseada em princípios de gestão de qualidade e melhoria contínua da mesma (Silva, 2013).

concretização da política para a qualidade na saúde. Assim, em 2009 surge um novo modelo de acreditação, tendo sido adotado à realidade dos sistemas de saúde portugueses (ainda hoje em vigor), o modelo ACSA (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía). Foi também criado o Conselho para a Qualidade na Saúde, assim como comissões de qualidade e/ou de gestão do risco com o objetivo de desenvolverem programas de qualidade nos hospitais (Direção Geral da Saúde, 2009).

Na atualidade as principais metodologias adotadas pelos serviços de saúde em Portugal são modelos de acreditação e certificação internacionais como o modelo da Joint Commission International (JCI), o modelo do King's Fund Health Quality Service (KFHQ), o modelo do International Organization for Standardization (ISO 9001) e o modelo da European Foundation for Quality Management (EFQM).

De referir que as práticas de gestão determinadas e especificadas no sistema de qualidade ISO 9001 salientam alguns pontos como o planeamento de objetivos e planos de ação e revisão, a base para as atividades de gestão da qualidade ou as responsabilidades da direção para gerenciar e coordenar o processo de gestão da qualidade. Desde 1987 as normas ISO 9000 foram sofrendo mudanças a fim de as melhorar e tornar o sistema de qualidade mais robusto e exigente, de tal modo que o sistema de qualidade ISO 9001 é nos dias de hoje uma referência das boas práticas em termos de gestão da qualidade das organizações (Carpinetti, 2016).

A acreditação em saúde pretende estimular e fortificar a confiança dos cidadãos nas instituições de saúde, promover o empenho dos profissionais de saúde na melhoria contínua dos cuidados prestados, promover e consolidar uma cultura de melhoria da qualidade e da segurança nos diversos serviços, com uma adequada relação custo-benefício. Por seu lado a certificação traduz-se num método de constatação e reconhecimento de determinados *standards* de qualidade existentes nos serviços de saúde (Mezomo, 2001).

Devido à grande parte ética e social que integram os cuidados de saúde, as organizações de saúde são um grande desafio para os **gestores** pois a prática de gestão de qualidade opera como um diferencial estratégico competitivo, atendendo a situações económicas (análise custo/benefício, equidade e rentabilidade), à necessidade de garantir níveis satisfatórios de segurança na prestação de serviços em saúde aliada à racionalização e estabelecimento de prioridades, à procura de atender as necessidades, vontades e expectativas dos cidadãos. A contenção de custos continuará sempre a exigir uma especial consideração e prudência. No entanto na área da saúde não pode prevalecer uma visão

apenas economicista, e estes mesmos gestores devem atender também à segurança e satisfação dos seus profissionais de saúde, ao mesmo tempo que se preocupam com os indicadores de qualidade dos seus serviços. Qualquer que seja a organização, a obtenção de qualidade deve começar sempre pela gestão de topo. O processo de melhoria de qualidade requer também uma liderança que saiba ter uma boa comunicação de base, partilhar a visão e a missão da organização, traçar estratégias, e ao mesmo tempo promover o envolvimento e desenvolvimento dos seus profissionais, estimulando a sua participação e criatividade, mostrando interesse pelas suas próprias necessidades e expectativas. É fundamental que a procura pela melhoria contínua da qualidade esteja enraizada na cultura organizacional (Marquis, et al., 2010).

Dentro de uma organização, existe um sistema de valores, normas e comportamentos partilhados por todos os seus intervenientes, que os diferencia de outra organização. Essas características únicas são a base para que a organização se torne próspera e para que os objetivos sejam alcançados. Numa organização de saúde, quando se objetiva a qualidade, os conceitos a ela inerentes devem estar explicitamente incorporados a todos os membros, para que de forma natural façam parte do processo de gerenciamento dos cuidados (Souza, et al., 2017).

Sem o envolvimento dos funcionários na estratégia da organização não é possível criar uma organização competitiva, que produza com qualidade. Hoje em dia o envolvimento dos funcionários e uma estratégia delineada a nível da gestão dos **recursos humanos**, investindo na sua educação, motivação e segurança é fundamental para que estes estejam em sintonia com os valores, missão e objetivos da organização, comprometendo-se sempre a fazer o que é certo (Marquis, et al., 2010). É importante os profissionais estarem conscientes da importância e relevância da qualidade, assim como as suas ações contribuem para que os objetivos de qualidade sejam atingidos. O ideal seria as pessoas começarem a questionar as suas ações à procura de novas e melhores abordagens. Mezomo (2001) partilha da mesma opinião referindo que *“a tecnologia e a estrutura das organizações podem significar muito pouco se as pessoas não forem educadas para um trabalho responsável e não se sentirem comprometidas com a qualidade dele (...)”* (Mezomo, 2001 p. 53).

Hesbeen (2001) conclui que a prestação de cuidados de qualidade depende maioritariamente de dois fatores: da vontade do prestador de cuidados *“reforçar, potenciar, dar criatividade aos recursos e aptidões pessoais; por outro lado da procura da satisfação pelos resultados obtidos (...)”* (Hesbeen, 2001 p. 153).

A verdade é que cabe aos funcionários a sua dedicação diária a fim de produzir trabalho com qualidade, ou seja devem possuir um conjunto de competências, comportamentos e conhecimentos, aliados a habilidades e atributos que vão ao encontro dos propósitos da sua atividade e dos objetivos da organização. No entanto a sensibilização dos funcionários para a qualidade será tanto maior quanto estes forem tratados com valor, ou seja, quanto mais estes forem tratados com qualidade e consequentemente o seu nível de satisfação aumentar. Mezomo (2001) volta a atender à importância dos recursos humanos de uma organização ao dizer que *“as pessoas não conseguem produzir e se realizar num ambiente de tensão condicionadas ao cumprimento de rotinas e processos inadequados ao atendimento de suas necessidades e expectativas”* (Mezomo, 2001 p. 53). De notar que pessoas sem motivação comprometem o relacionamento com o cliente, não atendendo eficazmente às suas necessidades.

A qualidade dos serviços de saúde é julgada e avaliada pelo **cliente**, e estes pretendem garantir a sua satisfação e preferência (Barbosa, et al., 2008). Ao mesmo tempo os cidadãos apresentam expectativas cada vez mais elevadas, procuram mais informação, exigem ter uma voz ativa nas decisões dos cuidados, exigem mais regulamentação e uma maior transparência na informação sobre o desempenho dos serviços de saúde. Silva (2013) chama a atenção para a definição de cliente nos serviços de saúde, uma vez que o processo conseguido para a satisfação dos clientes tradicionais deve ser utilizado para outros possíveis clientes indiretos, tais como familiares, fornecedores, funcionários... É assim importante que a organização seja flexível e tenha um variado leque de respostas não só a nível de satisfação nível de diagnóstico e tratamento mas também da eficácia e eficiência e atenção por parte dos profissionais de saúde (Silva, 2013).

De não esquecer as **instituições de saúde**, que são o palco onde toda a ação decorre. Compete a estas regular e ajustar recursos, criar estruturas que facilitem e garantam um exercício profissional de qualidade, favorecendo condições e um ambiente benéfico e promissor ao desenvolvimento dos profissionais e das suas atividades. É portanto fundamental a manutenção de meios materiais, técnicos e humanos para assegurar a prestação cuidados de saúde adequados e seguros, tanto para o cidadão como para o profissional de saúde (Souza, et al., 2017; Sale, 1998). A afetação de recursos humanos especialmente nas organizações de saúde, nomeadamente na profissão de enfermagem, tem sido tema de debate e inquietação entre enfermeiros e administradores dos serviços

de saúde, por envolver simultaneamente a questão de cuidados de qualidade e o custo funcional (Yuri, et al., 2010).

A criação de estruturas adequadamente dotadas de recursos materiais, técnicos e humanos ajudam substancialmente a reduzir o erro humano. Este prejudica substancialmente as boas práticas clínicas e consequentemente tal como Silva (2013) relata “ *os erros humanos representam desperdício de qualidade na sua forma mais direta*” (Silva, 2013 p. 145), pelo que devem ser prevenidos.

Podemos apontar brevemente o desenvolvimento de Portugal no que toca à qualidade em saúde. A Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), constituída atualmente por 35 países de todo o mundo, baseia o seu trabalho no acompanhamento contínuo dos eventos nos países membros, realizando projeções regulares de desenvolvimentos económicos de curto e médio prazo, com o objetivo de ajudar os governos a promover a prosperidade e a combater a pobreza através do crescimento económico e da estabilidade financeira. Foi realizado e publicado um relatório pela OECD em 2015 que analisou a qualidade dos cuidados de saúde em Portugal. No mesmo relatório são apontadas gratificações a Portugal pelos esforços e algumas recomendações no futuro. Pode ler-se que o sistema de saúde português conseguiu proporcionar uma sustentabilidade fiscal, melhorar a eficiência e alcançar uma melhor qualidade em todo o sistema de saúde. Foram valorizados itens como monitoramento de qualidade que cobrem quase todo o sistema de saúde, iniciativas de melhoria da mesma, registos e registos eletrónicos de doentes que são operados em conjunto para incitar a melhorias de qualidade, introdução de taxas de acesso aos cuidados, uso de tecnologias (exemplo das prescrições eletrónicas), reformas de compra de produtos médicos e farmacêuticos, reformas nos cuidados de saúde primários.

Apesar dos esforços estarem a ser bem-sucedidos a fim de melhorar a qualidade e aumentar a eficiência, são apontados alguns desafios a contornar nos próximos anos como apoio na educação médica continua, melhorar e desenvolver a padronização clínica de processos, aprofundar as ferramentas de melhoria da qualidade (exemplo da acreditação), expandir os cuidados comunitários (exemplo da reabilitação, cuidados pós-agudos e cuidados de emergência), continuar a avaliação do impacto das várias reformas e da iniciativa de qualidade sobre a qualidade dos cuidados (OECD, 2015).

Assim, apesar da evolução e dos esforços realizados com grande êxito na área da saúde a nível da qualidade, teremos sempre algo mais a melhorar e a acrescentar.

2. CONTRIBUTOS DOS ENFERMEIROS GESTORES PARA A QUALIDADE ASSISTENCIAL

A gestão de uma forma simplista pode consistir na execução contínua de um conjunto de atividades, utilizando vários recursos e onde de forma sistematizada se vão tomando decisões com a finalidade de tornarem as atividades mais eficientes. No entanto a gestão de organizações acarreta uma complexidade de fatores a ter em conta: as organizações usam recursos onde se tem que ter em conta a sua qualidade, quantidade e natureza; desses recursos necessários o mais importante é o fator humano – daí a diversidade e complexidade da gestão; as empresas só persistem quando satisfazem os desejos dos clientes; devem refletir qualitativa e quantitativamente sobre os seus objetivos e regras de funcionamento; a quantidade e a qualidade de recursos deve e tem que estar adequada aos clientes e aos objetivos propostos (Carvalho, 2014).

Segundo Burmeister citado por Malagutti, et al. (2009) *“qualidade é consequência e uma acção gerencial integrada, sistémica e coerente que crie condições para que a acção assistencial se dê com qualidade em todo o hospital”* (Malagutti, et al., 2009 p. 64). Gerir resulta da coordenação de recursos financeiros, humanos, físicos e materiais a fim de conectar os custos, com o objetivo de garantir qualidade dos serviços prestados. Uma vez que os serviços de saúde se encontram integrados numa instituição/organização, devem seguir os mesmos princípios de ação das grandes empresas.

Nos últimos anos, as mudanças existentes a nível mundial e a nível interno organizacional na saúde, assim como a constante atualização e avanço do conhecimento científico e tecnológico têm acarretado imposições a nível social, ambiental, tecnológico, político e económico para as instituições de saúde, onde existe uma pressão continua a prestar cuidados de saúde de qualidade eficientes e a custo reduzido. Isto direccionou a enfermagem a um aumento da responsabilidade, resultando uma redefinição contínua das funções e papéis dos enfermeiros gestores, espelhando-se ser um constante desafio. (Rocha, et al., 2016; Malagutti, et al., 2009; Motta, et al., 2009).

Nesta investigação não será diferenciado o papel ou definição de enfermeiro gestor/líder/chefe/coordenador uma vez que o objetivo não é o de aprofundar as

características e funções de cada um, mas sim perceber o que na generalidade o enfermeiro com funções de chefia poderá influenciar na qualidade dos cuidados.

A par das mudanças existentes no Sistema Nacional de Saúde na última década a carreira de enfermagem também sofreu reestruturações. Neste momento em Portugal, a nova carreira de enfermagem divide-se em duas categorias, a de Enfermeiro e a de Enfermeiro Principal (Decreto-Lei n.º 247/2009; Decreto-Lei n.º 248/2009). As funções de gestão dos enfermeiros encontram-se enquadradas na categoria de enfermeiro principal, e as competências do enfermeiro diretor e do enfermeiro chefe do serviço apresentam-se descritas nos regimes jurídicos da gestão hospitalar (Decreto-Lei n.º 188/2003; Lei n.º 27/2002).

A regulamentação da direção de enfermagem nos serviços e estabelecimento de saúde que integram o Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente, a sua composição, as respetivas competências e forma de funcionamento são observadas e refletidas na Portaria n.º 245/2013 de 5 de Agosto.

Em 2014, surge o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (RPCEG), sendo em 2018 atualizado e desenvolvido o Regulamento n.º 76/2018 que determina o perfil de competências do Enfermeiro Gestor e os termos da sua certificação como competência acrescida avançada em Gestão, no âmbito do exercício profissional de Enfermagem. Esse regulamento define Enfermeiro Gestor como:

“O enfermeiro que detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área; que tem a visão da Organização que integra como um todo, reconhecendo a sua estrutura formal e informal e o seu ambiente organizacional, identificando e analisando os fatores contingenciais, que de forma direta ou indireta, interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação; agrega valor económico à Organização e valor social aos enfermeiros; é o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente; assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde”

(Regulamento n.º 76/2018)

A nível do exercício profissional de enfermagem, o processo de gestão amplia-se de acordo com a hierarquia de complexidade das suas funções, distinguindo-se três níveis da gestão: a nível estratégico ou institucional (gestão de topo da Organização), a nível tático ou intermédio (conjunto de unidades e/ou serviços ou departamentos), a nível operacional

(gestão de serviço e/ou unidade assistencial) (Regulamento n.º 76/2018). O papel do enfermeiro gestor e/ou do líder é o de ajudar a dirigir as melhores práticas e estipular uma cultura correta de atuação. É necessário que esse líder possua competências necessárias para projetar, coordenar e promover os princípios e as práticas de qualidade dos cuidados de enfermagem. A dificuldade encontra-se neste ponto - uma liderança interdisciplinar e interdepartamental – ou seja, em contínua colaboração com as diversas equipas multi e interdisciplinares, gestão de topo, autores de políticas e protocolos, universidades e a comunidade.

No desenvolvimento da sua atividade os enfermeiros colaboram em ações na área da investigação, docência, formação e assessoria para a melhoria e evolução da prestação dos seus cuidados, logo o exercício de funções de gestão por parte dos enfermeiros acresce de importância a fim de assegurar e promover essa mesma qualidade do exercício profissional. No entanto o enfermeiro possui um conjunto de fatores que o diferenciam de outros a nível de potencial de atuação no meio da gestão – o conhecimento e a prática assistencial quotidiana (Malagutti, et al., 2009).

Assim encontram-se descritas no RPCEG competências acrescidas avançadas em gestão no domínio da gestão e no domínio da assessoria e consultadoria.

No domínio da gestão de enfermagem é esperado que o enfermeiro gestor garanta e assegure um exercício profissional baseado na ética, na deontologia e nas práticas legais da equipa que lidera avaliando sistematicamente os cuidados prestados de modo a proporcionar o bem-estar e segurança do cliente e a qualidade e segurança do ambiente de trabalho. Que no exercício da atividade de enfermagem garanta a melhoria contínua da qualidade dos cuidados através da melhoria da prática dos mesmos, da gestão do risco clínico e não clínico de modo a promover a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Que fomente a importância de agir de acordo com os padrões de qualidade, da utilização de instrumentos de avaliação, da coordenação e integração de recursos humanos, técnicos e materiais, permitindo e fomentando a formação contínua e desenvolvimento profissional e pessoal. Que promova a investigação em enfermagem conduzindo ao exercício profissional baseado na evidência de modo a melhorar a qualidade e efetividade dos cuidados e os custos operacionais que lhe estão associados. Que adote processos positivos de liderança fomentando a mudança necessária ao excelente desenvolvimento profissional da sua equipa. (Ordem dos Enfermeiros, 2014; Regulamento n.º 76/2018)

A compreensão do conhecimento e a compreensão das aptidões, juntamente com a responsabilidade e autonomia devem ser intrínsecos aos critérios de competência estratégicos mencionados.

Na área da assessoria à gestão, o enfermeiro gestor deverá ter um papel pró-ativo na definição de políticas de saúde, participando na sua implementação e no desenvolvimento estratégico das mesmas de modo a promover processos valiosos e eficazes de mudança que originem valor às organizações de saúde ao formular diagnósticos e soluções (Ordem dos Enfermeiros, 2014; Regulamento n.º 76/2018).

Segundo Greco, citado por Malagutti, et al. (2009), o mercado de gestão profissional *“espera do enfermeiro a competência para atuar em conflitos, enfrentar problemas, negociar, dialogar, argumentar, propor e alcançar mudanças, com estratégias que o aproximem da equipa e do cliente, contribuindo para a qualidade do cuidado”* (Malagutti, et al., 2009 p. 47).

O enfermeiro gestor surge assim, como elemento central na melhoria da prestação de cuidados e no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem, orientado e acompanhando a equipa na direção do atingimento dos objetivos, metas e visão da instituição, aspirando a qualidade dos cuidados (Barbosa, et al., 2008; Fradique, et al., 2013).

Ao ser um elo de ligação entre a sua equipa de trabalho e as chefias de topo / coordenações superiores, considera-se substancial e relevante a aquisição de determinados conhecimentos como os relativos à administração, legislação profissional, ética e bioética, uma vez que são de grande utilidade a situações quotidianas da gestão em enfermagem (Malagutti, et al., 2009).

Na *performance* da sua liderança o enfermeiro gestor terá que possuir características e qualidades éticas, de justiça e equidade no processo de tomada de decisão, de forma a garantir a satisfação profissional da sua equipa e consequentemente envolvimento da mesma na melhoria dos cuidados prestados.

A economia está na base da gestão, e os enfermeiros gestores têm um trabalho árduo na preocupação da relação entre os cuidados prestados e os custos que lhe estão associados tendo que demonstrar evidências da relação entre o custo e efetividade. No entanto, se a base da enfermagem se centra no cuidar, ou seja na componente humana, os enfermeiros gestores também não podem descurar essa característica na relação que mantém com os elementos das equipas de enfermagem. O enfermeiro gestor como líder na condução das relações interpessoais com a sua equipa de trabalho deverá desenvolver

ações que impliquem apoio, confiança, reconhecimento, comunicação, igualdade nas relações.

Malagutti, et al., (2009) enfatizam a necessidade de incentivar a horizontalidade nas relações entre os gestores e os profissionais de enfermagem e até mesmo com os clientes, a fim de haver uma liberdade de ser, pensar, falar, divergir e propor, a fim de contribuir para a humanização do trabalho. Ressalta ainda que o comprometimento da equipa de enfermagem está nas mãos do enfermeiro gestor, dependendo da construção do sentimento mutuo de confiança, da demonstração genuína em ajudar e colaborar no desenvolvimento das pessoas e da integridade de carácter do líder (Malagutti, et al., 2009). A comunicação é difícil pela sua complexidade e, no entanto, faz parte da essência das atividades do enfermeiro gestor. Os chefes necessitam de ter um bom conhecimento relativamente à dinâmica de grupo e dos papéis grupais em virtude da utilidade de simplificar e possibilitar a comunicação e o rendimento dos seus profissionais. Necessitam de ser razoáveis e utilizar de forma adequada a comunicação verbal e não verbal de modo a que os enfermeiros precesionem de forma clara as mensagens recebidas, pois a comunicação é um dos requisitos fundamentais para o sucesso da liderança (Marquis, et al., 2010).

Segundo Carvalho (2014) a estratégia que dirige a melhores resultados é aquela que constata a ligação entre as pessoas e a sua performance, daí existirem duas formas de mobilizar e empenhar as pessoas para a concordância dos objetivos da organização: pela motivação, numa abordagem psicológica ou pela atitude numa abordagem antropológica (Carvalho, 2014).

Malagutti, et al. (2009) afirmam que sendo o elemento humano a componente chave no processo de trabalho de enfermagem, o estabelecimento de um clima de comprometimento, motivação e cordialidade leva a maiores rendimentos (Malagutti, et al., 2009).

Independentemente da via, o sucesso de qualquer organização depende em grande parte da forma como são utilizadas as pessoas que nela integram, existindo essencialmente duas estratégias para mobilizar os trabalhadores: *“tentar influenciar individualmente cada pessoa, no seio da organização, recorrendo a sistemas para orientar o seu comportamento (estratégias da motivação); transformar as atitudes das pessoas num conhecimento acionável em melhor desempenho (estratégia da capacidade humana)”* (Carvalho, 2014 p. 183).

As políticas institucionais são projetos, programas ou instruções que orientam as organizações na sua tomada de decisão, podendo ser implícitas ou explícitas. Independentemente do tipo de políticas, estas são fundamentais para a coesão e adequação dos cuidados. Em boa verdade é a administração de topo que mais se conecta com a determinação das políticas da organização, porém os gestores, tal como os enfermeiros gestores, têm a responsabilidade de implementar, rever e comunicar as políticas e procedimentos aos seus enfermeiros de forma a assegurar a sua atualização, utilidade e aplicação (Marquis, et al., 2010).

É igualmente importante que o enfermeiro gestor entenda que é da sua responsabilidade o seu desenvolvimento pessoal e profissional, mas também os de quem o acompanham nomeadamente da sua equipa de enfermagem. Uma vez que a qualidade também se obtém a partir da aquisição de novos conhecimentos e habilidades, a fomentação e facilitação de formação, seja esta formal ou informal, é de relevante importância para a equipa de enfermagem. Hesbeen (2001) refere mesmo que:

“a formação é um elemento determinante da qualidade (...) deve proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de certas técnicas, mas a sua função essencial reside na maior abertura do profissional com base na sua experiência, com vista a enriquecê-la, a conceptualizá-la e a ajudá-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática refletida mais aperfeiçoada e mais portadora de sentido.”

(Hesbeen, 2001 p. 67)

Numa época de contenção de custos a escassez de recursos humanos e em alguns serviços de materiais é algo que preocupa os enfermeiros, aumentando a sua desmotivação e exaustão. O enfermeiro gestor deve ter pleno conhecimento destas situações, reporta-las a nível superior e implementar estratégias de modo a minimizar os possíveis impactos que daí possam surgir, oferecendo as melhores condições possíveis para os enfermeiros exercerem a sua profissão. Neste sentido a prestação de cuidados de enfermagem depende a bem dizer da eficácia das chefias melhorarem as formas de organização e as estruturas necessárias às práticas de qualidade (Wong, et al., 2013; Hesbeen, 2001).

Qualquer que seja o grau académico do enfermeiro, desde o recém-licenciado até ao enfermeiro chefe/gestor, cada um padece da responsabilidade direta pela qualidade dos cuidados aplicados ao cliente. No entanto aos enfermeiros gestores acresce a complexa função de tornear o custo-benefício da prestação de cuidados através de melhorar os

resultados com a atração e retenção de profissionais com competências diferenciadas, avaliando continuamente a sua área de responsabilidade na procura de oportunidades ou necessidades de melhoria de qualidade (Wong, et al., 2013).

Posto isto, no seu estudo de revisão sistemática da literatura Wong, et al. (2013) concluíram uma relação entre a liderança das chefias de enfermagem e a redução de certos eventos como rotatividade, absentismo e erros de medicação.

“É aos enfermeiros chefes/gestores que cabe a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados que são prestados no seu serviço, devendo motivar e alertar a equipa para uma prática de enfermagem de qualidade, estando atenta às necessidades do utente para que os cuidados de enfermagem recebidos sejam de qualidade, garantindo a sua satisfação”.

(Fradique, et al., 2013 p. 48)

Os gestores em enfermagem devem ser competentes e responsáveis pela atuação e fomentação da melhoria da qualidade e na implementação de ferramentas e sistemas para a melhorar os cuidados de enfermagem. A aplicação de auditorias de enfermagem a fim de explorar a qualidade assistencial em enfermagem, o retorno às equipas dos resultados alcançados, assim como a utilização dos mesmos para a orientação e educação das equipas demonstram ações que o enfermeiro gestor deveria realizar para a implementação da qualidade (Barbosa, et al., 2008).

Em conclusão, o desafio dos enfermeiros responsáveis pela gestão será o de responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, planear e implementar ações que objetivem essa melhoria, criar estratégias que conduzam a eficiência, acessibilidade e qualidade dos cuidados prestados, colaborar na avaliação dos cuidados e definir indicadores de avaliação. Além dessas responsabilidades deverá ser um elemento fundamental na promoção de posturas profissionais corretas nas relações com os clientes e outras equipas multidisciplinares garantindo a satisfação dos clientes e dos seus profissionais de enfermagem.

3. QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O desenvolvimento histórico da enfermagem ao relacionar a importância de uma base de conhecimentos para a prática profissional modelou princípios de reconhecimento da profissão e ao mesmo tempo princípios de qualidade assistencial.

O controlo da qualidade assistencial não deve ser visto e percebido como uma forma de determinar um triunfo ou um insucesso individual ou organizacional. Pelo contrário, deve ser visto como uma forma de descoberta, de evolução e crescimento pessoal e profissional, tanto que a qualidade em saúde é uma missão presente em toda a equipa multidisciplinar. As associações profissionais da área da saúde têm a função e tarefa crucial e essencial de criar sistemas de qualidade e definir os padrões de atuação dentro de cada profissão.

A qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente os cuidados de enfermagem, assim como a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros são aspetos centrais na ação profissional, e constructos seguidamente a explorar.

3.1 Qualidade assistencial e enfermagem

De acordo com o Institute of Medicine (1994), citado por Marquis, et al. (2010) a qualidade assistencial baseia-se *“no grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumenta a probabilidade de resultados de saúde desejados coerentes com os modernos conhecimentos profissionais”* (Marquis, et al., 2010 p. 558).

Para que um programa de controlo de qualidade seja eficiente são necessários vários componentes, entre os quais um compromisso verdadeiro e imparcial da instituição, evidenciado por apoios económicos e humanos (Marquis, et al., 2010). Assim a importância de recursos humanos e técnicos é vista como fulcral para a excelência do exercício profissional.

Segundo Donabedian (2003) a garantia da qualidade nos cuidados de saúde refere-se a uma atividade pela qual obtemos informações sobre o nível de qualidade produzido. Com base na avaliação dessa informação devem ser implementadas medidas necessárias para

proteger e melhorar a qualidade. No entanto essas medidas devem e podem ser tomadas de duas formas: através de atividades com a finalidade de educar e motivar as pessoas ou reajustando os recursos. Pessoas essas que serão primariamente os prestadores de cuidados de saúde (Donabedian, 2003).

Resumidamente a qualidade dos cuidados de saúde apresenta vários determinantes, entre os quais a contribuição dos prestadores de cuidados. De facto, já há anos se vem demonstrando a importância dos indicadores de qualidade integrarem o trabalho de uma equipa multidisciplinar e não apenas de um grupo profissional de saúde (Sale, 1998).

A transformação do conceito de resultados associada à crescente hiperespecialização profissional, vieram enfatizar a necessidade do trabalho em equipa, de forma a permitir a diferenciação e a multidisciplinaridade. Os resultados estão dependentes da forma de atuar destas equipas, assim como da sua articulação, da eficácia organizacional, da liderança e da experiência (Campos, et al., 2010). Assim, o exercício profissional dos enfermeiros não deve ser ignorado na procura pela melhoria contínua da qualidade de um serviço de saúde e por isso Hesbeen (2001) apresenta uma definição de qualidade dos cuidados consagrada à qualidade dos cuidados de enfermagem:

“Uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem, como perspetiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde. Ela requer uma atenção particular para com as pessoas, criada pela preocupação com elas com o respeito por elas. Ela procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui a prova dos talentos destes profissionais. Ela inscreve-se num contexto político, económico e organizacional com orientações, meios e limites pertinentes e claramente identificados”.

(Hesbeen, 2001 p. 52)

As metas de qualidade devem refletir sempre a busca pela excelência (Marquis, et al., 2010). Com vista a este fim, os enfermeiros devem-se empenhar e esforçar por níveis de excelência na qualidade assistencial, evitando o mínimo esforço aceitável, tendo em mente que a assistência pode ser sempre aperfeiçoada e corrigida, num processo de qualidade contínuo.

A qualidade em saúde distingue-se por ser um processo contínuo, marcado por evidências que desejam alcançar as metas assistenciais, logo o enfermeiro possui no seu âmbito de ação, atividades tanto gerenciais como assistenciais que o auxiliam a alcançar níveis eficazes de qualidade (Malagutti, et al., 2009).

A utilização da teoria para a prática é importante a nível da formação profissional, reconhecendo-se como essencial o fornecer de conhecimentos para agir em conformidade com os requisitos. Assim é importante mencionar os modelos e teorias da prática de enfermagem como critério para aplicação de cuidados de qualidade.

A história da Enfermagem começa com Florence Nightingale ⁵ e no último século a enfermagem tem conseguido consolidar-se como ciência através da produção de um corpo de conhecimento específico do saber ser, estar e fazer. No último século a enfermagem começou a dar ênfase à prática, no entanto o caminho até então foi no sentido de desenvolver a profissão: a era do currículo (questionou-se o que deveria ser estudado), a era da investigação (à medida que mais enfermeiras procuravam formação percebeu-se que a investigação era o caminho para um novo conhecimento), a era do ensino graduado, a era da teoria (concluiu-se que a investigação e a teoria produziam o ensino de enfermagem), a era contemporânea (uso da teoria como base para a prática) (Tomey, et al., 2004).

A preocupação de refletir sobre os domínios da profissão configurou o aprimorar pelos referenciais teóricos da profissão o que levou a que vários referenciais teóricos fossem elaborados desde os primórdios da disciplina de modo a explicarem a multiplicidade de fenómenos existentes na saúde e a explicarem o desenvolvimento da enfermagem. Estas teorias de enfermagem têm colaborado na formação de uma base sólida de conhecimento, influenciando a prática profissional e a investigação uma vez que orientam os modelos clínicos (Schaurich, et al., 2010) e fornecem uma profunda fonte de reflexão dos cuidados de enfermagem prestados, uma vez que permitem descrever, explicar ou prever os efeitos da enfermagem (Tomey, et al., 2004).

As teorias de Enfermagem são vastas mas estruturam-se essencialmente a partir de quatro conceitos centrais: o ser humano, a saúde, o meio ambiente (físico, social e simbólico) e a enfermagem (Schaurich, et al., 2010). Estes quatro conceitos estabelecem o metaparadigma da disciplina de enfermagem, melhorando a compreensão do

⁵ Florence Nightingale (1820-1910), apesar de ter berço na alta sociedade britânica, revolucionou a imagem social da mulher, a profissionalização da enfermagem e a organização dos cuidados de saúde, a nível mundial, numa altura em que a mulher desempenhava um papel secundário na sociedade. Teve a sua ação mais notável durante a Guerra da Crimeia ficando conhecida como *"the lady with the lamp"*, pela utilização de uma lâmpada de iluminação durante as suas vigílias noturnas aos feridos da guerra. Teve o seu papel revolucionário ao abrir a primeira escola de enfermagem em 1960 no Hospital Saint Thomas, Inglaterra. Aliado à sua motivação, compaixão e dedicação ao próximo deixou um legado de teorias, filosofias e obras literárias onde integra evidências estatísticas e de gestão (Lopes, et al., 2010).

conhecimento (Tomey, et al., 2004) daí que os enfermeiros reconhecerem os seus esforços como resultantes de múltiplos saberes.

Torna-se assim relevante mencionar alguns contributos das teorias e modelos de enfermagem (Tomey, et al., 2004) ao longo do estudo:

- O modelo de Sistemas de Betty Nueman defende que os enfermeiros utilizam intervenções intencionais e uma abordagem holística da pessoa de modo a ajudar as pessoas a manter e a atingir o bem-estar. O seu modelo conceptual encarna duas teorias: o da estabilidade do doente e a da prevenção como intervenção.

- Virginia Henderson, retratada com uma filósofa de enfermagem, contribui com conceitos sobre enfermagem, as funções autónomas da enfermagem, os objectivos da interdependência do doente e a criação de conceitos de auto-ajuda. Menciona que a função do enfermeiro é o de assistir o ser humano, doente ou saudável de maneira a ajudá-lo a conquistar a independência o mais rápido possível. Foca o trabalho do enfermeiro em interdependência com outros profissionais de saúde.

- Hildegard Peplau foi a primeira autora a utilizar a teoria de outros campos científicos e com isso conceber uma teoria de enfermagem: teoria das relações interpessoais. Apontou a importância da capacidade dos enfermeiros para compreender o seu próprio comportamento no sentido de ajudar as pessoas a identificar as dificuldades observadas.

- A Teoria da Resposta Profissional de Ida Orlando utiliza a relação interpessoal enfermeiro-doente como base de trabalho, diferenciando as intervenções automáticas e deliberadas. Utilizou o processo de enfermagem de modo a suprir as necessidades do doente.

A preocupação crescente com as linhas de produção e todo o processo de qualidade para atender às necessidades dos consumidores e colocar produtos fiáveis no mercado também teve as suas repercussões na Enfermagem, fortalecendo o desenvolvimento dos modelos teóricos de enfermagem.

A preocupação com a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados remonta os tempos de Florence Nightingale. A sua escola apoiava-se fundamentalmente em dois princípios: era essencial às enfermeiras possuir treino prático e as mesmas deveriam possuir e desenvolver um conjunto de competências baseadas em princípios morais e de disciplina. Florence Nightingale foi pioneira nos registos escritos sobre as observações dos cuidados prestados aos seus doentes, que posteriormente eram utilizados para identificar e promover melhorias em áreas problemáticas. Interessou-se pela observação atenta e

empenhada dos doentes, pela organização e liderança, esforçou-se por definir uma estratégia, e soube sensibilizar a opinião pública para a importância das enfermeiras e assim criar as bases para o desenvolvimento e ensinamento da profissão (Lopes, 2012; Sale, 1998).

Florence Nightingale promoveu ainda outros contributos para a qualidade dos cuidados de enfermagem centrados na avaliação e análise de resultados em saúde ao demonstrar, questionar e divulgar os resultados estatísticos dos hospitais como forma de perceber as diferenças e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Verificou e concluiu que os hospitais que tinham menores taxas de mortalidade eram aqueles que apresentavam melhores condições sanitárias, enfermarias com menos doentes e maior higienização. Desta forma, propôs com sucesso alterações na disposição das enfermarias, nas instalações sanitárias e nas condições de higienização. Outro contributo importante foi a percepção de ajustar o risco da população analisada, sempre que se avaliam e comparam resultados em saúde, procedimento que mais tarde se veio a confirmar como importantíssimo na avaliação da qualidade (Sousa, et al., 2008).

Em acompanhamento com a mudança mundial, em Portugal a enfermagem como ciência, formação académica e como profissão, tem experimentado nas últimas décadas modificações que a estimulam e impulsionam na direção de um crescimento pedagógico, profissional e social vital, sendo capaz de uma adaptação eficaz às necessidades de saúde das sociedades aliada às conjunturas políticas e sociais do país. Apesar de outrora ter sido reconhecida como uma “vocação” de senhoras desqualificadas, e mais tarde como uma “vocação” religiosa (Lopes, 2012), hoje em dia a enfermagem é claramente reconhecida como profissão dotada de um corpo próprio de conhecimentos especializados, preservada por uma regulamentação com direitos e normas deontológicas específicas, de forma a *“proporcionar aos cidadãos deles carecidos cuidados de enfermagem de qualidade”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015 p. 97).

O exercício da profissão de enfermagem, desenvolve-se no campo da proteção da saúde e prevenção da doença, em resultado das necessidades dos clientes, ao longo do seu ciclo vital. Em 1996, é publicado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) pelo Decreto-Lei n.º 161/96, baseado nos princípios subsequentes da Lei de Bases da saúde onde define a enfermagem como *“a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, saudável ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham,*

melhorem ou recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Ordem dos Enfermeiros, 2015 p. 99).

Este documento surge como algo essencial na autonomia profissional e, reconhecendo o valor significativo dos enfermeiros na comunidade social, científica, na saúde e na eficácia da qualidade dos cuidados de saúde – *“clarifica conceitos, procede à caracterização dos cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a presta-los e define responsabilidade, o direito e os deveres dos mesmos profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2015 p. 97).*

Define intervenções autónomas e interdependentes, distinguidas a partir do processo de cuidados, dos seus conhecimentos e competências e da sua experiência, fomentando a individualidade sócio profissional dos enfermeiros. O artigo 9º do REPE clarifica as intervenções dos enfermeiros:

“1 - As intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes.

2 - Consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.

3 - Consideram-se interdependentes as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas”.

(Ordem dos Enfermeiros, 2015 p. 102)

Este é um ponto importante, pois realça que qualquer que seja o contexto de trabalho - público, privado ou em regime liberal – o enfermeiro não se subjugava ao trabalho de outrem, desenvolvendo o seu trabalho numa parceria de cooperação com a equipa multiprofissional. Este facto é mencionado no artigo 8º do estatuto da OE, que diz que os enfermeiros *“têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2015 p. 102)*

No entanto, independentemente do tipo de intervenção o enfermeiro decide e assume com responsabilidade as decisões que concebe e os atos que pratica (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Em 1998 o Estado Português cria a OE como associação profissional de direito público através do Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, passando a possuir uma personalidade jurídica independente dos órgãos do Estado. Passa a ser obrigatório o registo na OE de

todos os enfermeiros que queiram exercer em território nacional, pois esta possui a tarefa de regular e supervisionar o acesso à profissão e o seu exercício. Procedeu-se assim à regulamentação e controlo da profissão de Enfermagem, ou seja, no fundo o estado Português reconheceu a autonomia da profissão.

A sociedade exige que todas as áreas sociais e científicas sejam determinadas por questões éticas e deontológicas. O Código Deontológico dos Enfermeiros fundamenta-se num conjunto de normas e orientações, fundamentadas em princípios morais e do direito, que conduzem a conduta desses profissionais e que devem ser respeitadas, promovidas e cumpridas. Salienta a qualidade da assistência de enfermagem como um direito do cidadão e um dever moral e do profissional.

O Código Deontológico dos Enfermeiros foi publicado em 1998, consagrado no estatuto da OE, revisto mais tarde em 2009 e aplicado através da Lei n.º111/2009, de 16 de Setembro (Ordem dos Enfermeiros, 2015), determina que *“as intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”* (Ordem dos Enfermeiros, 2008 p. 9).

O mesmo Código determina como princípios orientadores da atividade dos enfermeiros: *“a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes; a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015 p. 81).

A enfermagem é uma profissão apoiada no cuidado e bem-estar dos indivíduos, com alicerces bem enraizados nos direitos humanos fundamentais e nas relações interpessoais. O cliente é visto não como uma pessoa doente, mas como alguém dotado de crenças, valores, ideais, costumes, experiência de vida próprias, expectativas e necessidades, e que desempenha um papel na sociedade – cuidados humanizados - tudo isto são determinantes influenciadores de resposta à doença e à sua recuperação. Os padrões éticos da enfermagem fundamentam-se com o bem-estar de outros seres humanos, pelo que a qualidade humana de humanização se alia à qualidade técnica e científica do profissional. Assim a ética dos enfermeiros encontra-se também relacionada com a qualidade dos serviços prestados.

Um ponto importante a ressaltar é o facto de o pensamento e a ação dos atos de enfermagem que serem algo fonte “do momento”, minimizando a sua importância perante cuidados de qualidade. Tal como o processo de qualidade industrial, que é determinado por

um conjunto de passos até ao produto final, os enfermeiros agem de acordo com um plano bem estruturado de tomada de decisão, utilizando o processo de enfermagem. O processo de Enfermagem consiste em cinco etapas sistemáticas inter-relacionadas permitindo a estes profissionais de saúde utilizar o pensamento antes da ação, fomentar um pensamento mais elaborado para gerir informação e tomar decisões:

“a) A identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade; b) A recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta; c) A formulação do diagnóstico de enfermagem; d) A elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem; e) A execução correta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários; f) A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções.”

(Ordem dos Enfermeiros, 2015 p. 100)

Assim é possível realizar uma abordagem científica, sistemática e diferenciada nos cuidados ao cliente, garantindo uma avaliação prática dos cuidados e ao mesmo tempo assegurar uma visibilidade e reconhecimento profissional.

Estamos perante a exigência ao enfermeiro de uma prática reflexiva e uma decisão clínica, situação recorrente diária da prática clínica (Barbosa, et al., 2008; Fradique, et al., 2013). Ou seja, o processo de tomada de decisão torna-se fundamental para a prática da enfermagem, influenciando diretamente o resultado da excelência e qualidade da mesma. Este engloba a identificação do problema, a colheita de dados relativos à situação, a avaliação dos dados observados, o diagnóstico de enfermagem, e as ações de enfermagem a desenvolver. Não esquecer que qualquer decisão deve ser sempre sustentada e direcionada para a satisfação das necessidades dos seus clientes.

Neste sentido a OE refere que *“a qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir – o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001 p. 5) . Isto leva-nos ao encontro da importância e necessidade de formação, quer seja formal ou informal, dos enfermeiros no seu contexto de trabalho, traduzindo-se numa mais-valia para a adequação de conhecimentos e competências de modo a responder às exigências determinadas pela qualidade do exercício profissional.

Como é bem visível, a preocupação com os cuidados de enfermagem e a sua conexão com a qualidade dos mesmos acentuou-se desde os tempos de Florence Nightingale: o aparecimento e desenvolvimento de associações profissionais para controlar as atividades

da profissão; o desenvolvimento da formação académica (com a introdução do curso de Enfermagem no Ensino Superior) tem-se traduzido numa prática profissional cada vez mais profunda, diferenciada e minuciosa; a utilização do processo de enfermagem; a produção e desenvolvimento de instrumentos e ferramentas da medida da qualidade; a elaboração de *guidelines* e protocolos de boas práticas; a criação de projetos de melhoria contínua de qualidade; desenvolvimento da investigação que culminou num corpo específico de conhecimentos e na autonomia da profissão; a criação e implementação de sistemas internos de auditorias; a criação de uma ordem profissional que criou e adotou entre outros mecanismos um código deontológico e um estatuto disciplinar pelos quais os enfermeiros devem pautar a sua conduta profissional.

A qualidade dos cuidados também se estabelece nos comportamentos e atitudes que os enfermeiros demonstram. Muitos entendem a enfermagem como a arte do cuidar. Na verdade na sua natureza encontram-se os cuidados à pessoa, baseados numa relação interpessoal e num modelo holístico, não descurando os cuidados técnicos e científicos. Segundo Hesbeen (2001) os enfermeiros são profissionais de saúde que cuidam da pessoa em toda a sua globalidade *“cuja arte é complexa, subtil e enraizada num profissionalismo que não se manifesta apenas através dos atos praticados mas também através da capacidade de ir ao encontro dos outros e de caminhar com eles para conseguirem uma saúde melhor”* (Hesbeen, 2001 p. 34 e 35).

Esta opinião é corroborada por vários investigadores que argumentam que a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros podem melhorar se estes integrarem na relação terapêutica outras itens existenciais como empatia, respeito, escuta ativa, disponibilidade, carinho, atenção, educação e espiritualidade (Hesbeen, 2001; Silva, et al., 2001; Freitas, et al., 2014; Rabenschlag, et al., 2015).

A qualidade do exercício profissional revela-se assim nas variadas intervenções que os enfermeiros executam diariamente.

“O objetivo da garantia da qualidade consiste em assegurar ao consumidor de cuidados de enfermagem que estes possuem um grau específico de excelência proveniente das suas contínuas medição e avaliação” (Schamdl cit. em Sale, 1998 p. 27 c)

A verdade é que a procura pela definição perfeita de qualidade nos cuidados de saúde começa por essa mesma tentativa de a tentar definir e seguidamente por a tentar alcançar. Como enfermeiros temos o dever de agir em conformidade com o nosso conhecimento técnico e científico que já deu provas do quão rigoroso consegue ser. A prática aplicada

nesse conhecimento deve ser centrado na pessoa alvo de cuidados, mas ter como pilar fundamental a qualidade e consequentemente a procura pela melhoria contínua da mesma. O controlo, o rigor, a expectativa, a evolução, começa no que cada um consegue e é responsável por realizar e compor.

3.2 Contributos para a perceção dos Enfermeiros sobre a qualidade da organização

As organizações ao serem constituídas por conjuntos de pessoas, tendem a perceber a importância das mesmas no atingimento dos objetivos desejados. Qualquer organização é constituída por uma multiplicidade de elementos com características complexas e variadas, e os recursos humanos (pessoas) apresentam-se como um dos seus elementos básicos. São elas que criam, definem e perseguem os objetivos da organização, sendo responsáveis pela inovação e realização de sucesso das organizações. Sem as pessoas as organizações deixam de existir, assim como outros bens e recursos não podem ser geridos (Machado, et al., 2014).

Perante um mercado altamente competitivo aliado aos avanços tecnológicos e à globalização que rapidamente se entranha no seio das organizações é fácil deixarmo-nos levar pela corrente dos objetivos organizacionais sem gerenciarmos devidamente as pessoas que diariamente contribuem para o sucesso das organizações. A verdade é que a gestão de RH não passa apenas pelo recrutamento, seleção e utilização dos mesmos mas também pode ser definida como *“um conjunto de medidas que permite organizar o trabalho e tratar dos trabalhadores de maneira que possam fazer valer tanto quanto possível as suas capacidades, a fim de obterem um rendimento máximo (...)”* (Machado, et al., 2014 p. 39).

“A qualidade resulta de um comportamento positivo e concentrado dos colaboradores” (Barbosa, et al., 2008 p. 367). Todos os seres humanos precisam de ser motivados. A integração, investimento e a utilização dos colaboradores tem sido visto como estratégia fundamental a aplicar, considerando-os como recursos, atendendo as necessidades individuais, investindo neles a fim de desenvolver as melhores capacidades de cada um,

aumentando consideravelmente os seus níveis de satisfação e motivação, fazendo com que se identifiquem com os objetivos da organização e aumentem a produtividade (Sale, 1998; Marquis, et al., 2010). Como resultado final teremos um bom clima organizacional, funcionários mais aplicados e melhores resultados, permanência no local de trabalho, tornando a empresa mais competitiva.

As pessoas sentem, pensam e agem e a uma organização só atinge os objetivos quando dispõe de colaboradores com atitude eficaz e/ou eficiente (Carvalho, 2014). É imperativo que as organizações pratiquem uma gestão equilibrada, tendo em consideração o interesse de todos os elementos ligados à sua atividade, pois o sucesso depende da participação de todos. É necessário conhecer e considerar as expectativas, necessidades e visão dos trabalhadores e não só dos consumidores – tal como foca a definição de qualidade. Só assim as empresas criam valor. Em consonância com esta perspetiva Saraiva, et al., (2009) refere que *“o sucesso das organizações está, a longo prazo associado à forma como estas lidam com os aspetos da responsabilidade Social, Ética e Governança”*. (Saraiva, et al., 2009 p. 26).

Independentemente dos programas de qualidade estabelecidos é crucial que os enfermeiros mantenham um compromisso com a qualidade assistencial, uma vez que esta tem um impacto direto nos resultados de ganhos em saúde. *“Claramente, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001 p. 6).

Torna-se assim crucial a obtenção de dados alusivos à perceção dos enfermeiros envolvidos nos cuidados de saúde, uma vez que o comprometimento dos profissionais tem um grande impacto nos cuidados prestados (Yuri, et al., 2010; Fradique, et al., 2013), podendo interferir na introdução e utilização de bons *standards* de atuação.

A perceção é *“o processo pelo qual as pessoas organizam e interpretam as próprias impressões sensoriais, com o intuito de dar sentido ao ambiente no qual estão inseridas”* (Yuri, et al., 2010 p. 332) , ou seja *“o comportamento delas reflete a realidade percebida”* (Yuri, et al., 2010 p. 332). A perceção integra variados fenómenos psicológicos baseando-se no conjunto de sistemas pelas quais as sensações são reconhecidas, organizadas e entendidas. Se por um lado o individuo constrói o seu o estímulo preceptivo e percebido baseando-se no conhecimento e informação anterior e sensorial, por outro toda a

informação que necessitamos para perceber deriva dos dados sensoriais que recebemos (Sternberg, 2008).

Podemos então afirmar que a percepção integra a organização e a interpretação da informação rececionada a todo o momento do meio ambiente no qual nos inserimos. Essa mesma informação recebida pelo nosso organismo é selecionada pelo grau de importância, organizada e interpretada de acordo com a lógica e o sentido que complementam o que foi apreendido anteriormente. Pode possuir vários fatores que determinam a sua avaliação como motivação, expectativas, movimento, ambiente social ou profissional, valores e crenças individuais ou grupais (Yuri, et al., 2010). Para ser possível uma adaptação à mudança é necessário perceber a sua necessidade e por outro compreende-la. Só assim seremos capazes de nos adaptar, inovar e promover a competitividade.

Quando surgem vários estudos e estatísticas acerca da insatisfação dos enfermeiros no local de trabalho (Needleman, et al., 2002; Freitas, et al., 2014), e quando se fala da sua preocupação crescente com a falta de recursos humanos e materiais (Royal College of Nursing, 2010), deve ser feito um esforço conjunto para conhecer a sua percepção da qualidade assistencial no seio da realidade dos seus locais de atuação. Na literatura é fácil encontrar dados acerca dos sistemas de medida da qualidade centrados no cliente (Freitas, et al., 2016; Sousa, et al., 2008; Souza, et al., 2017). No entanto foram muito poucos os que se questionaram sobre a opinião acerca da qualidade dos cuidados a quem os presta, portanto nada faz mais sentido do que questionar os enfermeiros sobre essa temática, proporcionando à organização conhecer as suas opiniões, tornando-os um elemento participativo nas tomadas de decisão, podendo influenciar não apenas os resultados finais mas também a prestação dos cuidados de saúde. Conhecer as suas ideias, identificar falhas, elaborar planos de melhoria e orientação estruturada, são pequenas parcelas que fazem parte do objetivo global e final de garantia contínua de qualidade nos cuidados de saúde.

Se a parte economicista é o que assusta e afugenta a gestão de topo na procura e conhecimento destes indicadores e destes resultados, as estratégias e planos futuros podem ser realizados a partir de procedimentos e recursos já existentes nos locais de trabalho. No entanto pode ser alterada a sua perspetiva ou o seu ciclo de maneira da dar resposta às necessidades e expectativas dos clientes, à eficiência e efetividade dos serviços, não esquecendo a motivação dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, para que possam prestar cuidados em tempo útil e de excelência.

3.3 Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros

Foi assumido nacional e mundialmente a necessidade da criação de sistemas de qualidade em saúde, como é o caso da Organização Mundial de Saúde, o Conselho Internacional de Enfermeiros e o Conselho Nacional da Qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Assim, é tarefa de cada organização e associação profissional o fixar de padrões e objetivos que direcionem cada profissional no exercício de um acolhimento e assistência estável e confiável.

Podemos afirmar a necessidade de existirem padrões de qualidade e entende-se por padrão ser *“um nível de excelência previamente determinado que funciona como guia para a prática”* (Marquis, et al., 2010 p. 563). Sendo utilizados na função de instrumentos de medida, devem ser objetivos, mensuráveis e passíveis de serem alcançados (Marquis, et al., 2010).

São vários os países onde os enfermeiros se guiam por um conjunto de *standards* de qualidade próprios que pautam a sua atividade. Nos EUA a American Nurses Association (ANA) tem efetivado um papel de grande importância na elaboração e aplicação de padrões profissionais para os enfermeiros há quase 80 anos (Marquis, et al., 2010).

Relativamente ao exercício profissional dos enfermeiros em Portugal, a OE determinou a importância da definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem *“quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001 p. 5).

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem surgiram em 2001, com o intuito de proporcionar aos Enfermeiros uma reflexão na melhoria dos cuidados prestados, uma base para o processo de ponderação e tomada de decisão e ao mesmo tempo uma demonstração aos cidadãos acerca do exercício profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Esses padrões constituem-se para os enfermeiros como exemplos de expectativas de um desempenho excelente, constituindo a base da prática clínica de todos os enfermeiros, ajudando no desenvolvimento de padrões na organização (Marquis, et al., 2010). Quer isto dizer, que os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem incorporam capacidades

científicas, técnicas e sociais que definem a ação de cada um, contribuindo assim para a melhoria contínua dos cuidados prestados (Fradique, et al., 2013).

A OE ao definir os padrões de qualidade subdividiu a temática em enquadramento conceptual onde define a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem e acrescenta os enunciados descritivos: satisfação do cliente; promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional; a organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Apesar de serem os enunciados descritivos o ponto mais importante a debater e esclarecer, o enquadramento conceptual merece uma breve análise, como conceitos fundamentais de estrutura e de desenvolvimento que são para o conhecimento e prática da enfermagem.

A **saúde** como direito fundamental da pessoa humana, deve ser assegurada como um valor coletivo independentemente da raça, religião, cultura, idioma, ideologia política ou condição socioeconómica. Representa uma resposta ou adequação às exigências do meio, e depende essencialmente do ambiente envolvente, das condições socioeconómicas, da distribuição da riqueza e da adaptação do individuo na sociedade (Campos, et al., 2010; Heidmann, et al., 2006).

A saúde “é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual (...) a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural” (Ordem dos Enfermeiros, 2001 p. 8).

Saúde e doença não são referências dicotômicas, mas contínuas ou seja, fazem parte da mesma lógica e são uma expressão do processo da vida. A saúde resulta do constante interação do ser humano e do ambiente onde emergem as características e comportamentos individuais (Rogers 1980 cit. em Meleis, 2012).

Cada pessoa procura o seu equilíbrio num dado momento, de acordo com as suas necessidades e o seu desejo. Tratando-se de algo subjetivo cada individuo tem o seu próprio conceito e nível desejado de saúde, e tal não se pode colocar como o oposto de doença devido às inúmeras condições que se lhe encontram agrupadas.

A **pessoa** é um ser consciente e em constante evolução e crescimento, que vai adaptando a sua personalidade de acordo com as suas experiências e o ambiente onde se

encontra inserida. A pessoa determina-se pela racionalidade e pela liberdade. Ao tomar consciência de si mesma e do seu agir, organiza os seus pensamentos, as suas ações, o seu conjunto de valores criando um projeto de vida. É um ser único dotado de dignidade, identidade e consciência própria, que possui sentimentos e valores próprios predispondo à liberdade, autonomia moral, autodeterminação e responsabilidade. É um ser que tem a capacidade de refletir, simbolizar e usar símbolos, dotado de necessidades universais de desenvolvimento e capaz de autocuidado contínuo (Orem 1985 cit. em Meleis, 2012).

Os processos não intencionais como as alterações fisiológicas são factos que fazem cada pessoa procurar um equilíbrio no seu projeto de saúde. No entanto, uma vez que cada um individualmente procura melhores níveis de saúde na construção do seu projeto de vida, a mesma visão pode não ser partilhada pelos outros. Integrada numa realidade dinâmica, o projeto de vida e de saúde são únicos baseados nas crenças, valores e desejos de cada um. Aqui se integra a individualidade dos cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

O conceito de saúde de cada pessoa é indubitavelmente influenciado pelo **ambiente** onde as mesmas vivem e se desenvolvem. A expressão ambiente reflete não só a natureza do local, mas também a realidade adjacente como elementos físicos, químicos, biológicos, sociais, económicos, culturais e comportamentais, familiares, políticos e organizacionais. A pessoa modifica o ambiente onde se insere mas sofre a sua influência durante o processo de procura de equilíbrio. Esta interação contínua subordina e influencia os estilos de vida que se refletem no conceito de saúde individual (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A teoria das transições de Meleis aponta o ambiente como peça chave na adaptação e no enfrentar de situações de transição saúde-doença. Meleis reitera ainda que a enfermagem não lida com a transição de um indivíduo, uma família ou uma comunidade isolada do seu ambiente, sendo essa uma premissa fundamental para a enfermagem (Meleis, 2012).

Daí a importância para o enfermeiro de relacionar o contexto onde as pessoas se inserem a fim de obter um suporte de informação realista que irá influenciar nas suas intervenções.

Os cuidados de enfermagem processam-se por meio das relações interpessoais que se estabelece entre uma pessoa ou um grupo de pessoas e um enfermeiro. O cliente é um ser humano único, com as suas características e personalidade, detentor de um quadro de valores e crenças, que como já foi analisado, são influenciados pelo ambiente onde se

desenvolve. O enfermeiro como pessoa também é detentor de todas essas características acrescidas de um conjunto de conhecimentos e habilidades que predispõe a cuidar do cliente respeitando-o na sua individualidade, privando-se de juízos de valor (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Para Imogene King, autora da Teoria da Consecução de Objetivos, os cuidados de enfermagem são um processo de relação humana entre o enfermeiro e o cliente, em que cada um percebe o outro na situação em questão e que através da comunicação estipulam metas, estudam meios e consentem meios para atingir objetivos. Resultam num processo de ação, reação, interação e transação (Imogene King 1981 cit. em Meleis, 2012).

A relação terapêutica que se adivinha representa-se pela confiança adquirida e pela atenção holística à pessoa, considerando o seu ambiente, as suas expectativas, emoções, necessidades, características, dificuldades, de forma a prevenir ou solucionar o problema existente na procura pela execução do seu projeto de saúde. Esta relação deve transparecer-se primariamente por um pilar fundamental, onde consequentemente todos os outros princípios atuarão – a dignidade humana.

A atenção dada à comunicação, à escuta ativa e à empatia também são fundamentais nos cuidados de enfermagem.

Os cuidados de enfermagem não se baseiam apenas na atenção à patologia da doença mas também à capacitação e integração do indivíduo e família nos processos de mudança, a fim de adotarem estilos de vida saudáveis ou se necessário auxiliarem nos cuidados de saúde. É essencial que as pessoas adquiram conhecimentos ao longo da sua vida por um lado para promoverem a sua saúde e por outro para estarem preparadas a adaptarem-se e a agir no caso de doenças crónicas ou incapacitantes.

A tomada de decisão do enfermeiro é realizada de forma sistematizada tendo em conta todos os elementos intervenientes nos cuidados de enfermagem, de uma forma responsável baseada nos conhecimentos e na evidência dos guias de boas práticas. Sendo de relembrar que: *“Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional, que lhe reconhece competência científica técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis de prevenção primária, secundária e terciária”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015 p. 99)

A tomada de decisão também se torna diferenciada para o enfermeiro especialista e este *“é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de*

enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados, na área da sua especialidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2015 p. 99).

Os enfermeiros regem a sua ação pelos princípios do Código Deontológico dos Enfermeiros, sendo este vinculativo a todos os profissionais de enfermagem. Assim agem de acordo com o melhor interesse do cliente promovendo a sua saúde e bem-estar, prevenindo complicações e procurando alcançar a sua satisfação. Interiorizando o valor da definição de pessoa, estão presentes os princípios humanistas e holísticos do cuidar, renegando a discriminação seja ela de qualquer tipo.

3.3.1 Enunciados descritivos

Relativamente aos enunciados descritivos tratam-se de representações dos cuidados que devem ser do conhecimento do próprio profissional assim como do público, constituindo-se como elemento de precisão do papel do enfermeiro. Assim, definem-se seis categorias de enunciados que os enfermeiros devem respeitar no exercício da sua profissão.

A satisfação do cliente é o enunciado que se espera que o enfermeiro na procura permanente da excelência profissional, persiga os mais elevados níveis de satisfação dos clientes (Ordem dos Enfermeiros, 2001). A satisfação do cliente apresenta-se como um indicador de qualidade identificado pela OE, como enunciado de qualidade nos cuidados de enfermagem.

Como já analisado na evolução da qualidade e mencionado várias vezes ao longo desta investigação, a satisfação do cliente ocupa um papel de destaque na cultura das organizações, sendo sempre um resultado e processo substancialmente analisado nos estudos da qualidade, encontrando-se intimamente ligada a esta. Hoje em dia a orientação para o cliente é fundamental e cada vez mais uma tarefa exigente, devido à dificuldade de agradar e captar clientes, logo os serviços de enfermagem devem seguir os passos das grandes organizações, devendo empenhar-se e dedicar-se de modo a proporcionar cuidados confiáveis e seguros, para que o cliente fique satisfeito e retorne (Freitas, et al., 2014). É essencial inovar, reestruturar e assegurar uma melhoria contínua ao nível dos

serviços prestados para que ao mesmo tempo se apresente uma competitividade saudável que influenciará a qualidade dos mesmos cuidados.

A satisfação encontra-se associada às expectativas que o cliente tem de um determinado serviço e os enfermeiros devem satisfazer essas mesmas expectativas e tentar até superá-las. No entanto como cuidados humanizados que prestam, os enfermeiros devem ter em conta que cada cliente é um ser singular, ou seja, cada um tem a sua expectativa dos serviços e consequentemente a sua própria ideia de satisfação. Assim o que pode ser um serviço ou cuidado de qualidade para um, pode não o ser para outro, devendo cada cliente ser analisado, avaliado e reconhecido como um caso único e novo, de forma holística (Freitas, et al., 2016).

É fundamental que o enfermeiro na sua prática diária alcance o equilíbrio entre o conhecimento científico/habilidade técnica e um comportamento o empático, assertivo e humanístico. O relacionamento interpessoal integra-se como essencial na base do cuidar, constituindo-se elemento crucial no atendimento ao cliente. A habilidade de gerar empatia nos relacionamentos interpessoais é uma das características essenciais para uma pessoa ser emocionalmente inteligente e consequentemente atingir mais depressa o sucesso. De notar que a empatia leva também ao autoconhecimento, beneficiando também o profissional de enfermagem.

O envolvimento da família no processo de cuidar apresenta-se como abordagem imprescindível dos cuidados de enfermagem, pois esta representa muitas vezes uma fonte de suporte importante à pessoa doente (Rabenschlag, et al., 2015). Como integrada na parceria do cuidar, a família poderá ter um papel ativo na prestação de cuidados ou na tomada de decisão dependendo de cada situação a analisar.

Já por isso a OE considera como elementos importantes de satisfação respeitante aos processos de enfermagem:

“o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente; a procura constante da empatia nas interações com o cliente; o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados; o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados; o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde”.

(Ordem dos Enfermeiros, 2001 p. 14)

A relação entre os cuidados de enfermagem e a satisfação do cliente constitui sem dúvida um desafio e um indicador de qualidade, permitindo o controlo de estratégias implementadas nos serviços de saúde.

Espera-se que os enfermeiros desenvolvam a promoção da saúde, entendendo-se o seu papel com o da procura permanente da excelência no exercício profissional, auxiliando os clientes a completarem o máximo potencial de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A primeira conferência internacional sobre a promoção da saúde realizada em Ottawa a 21 de Novembro de 1986 validou a importância da promoção à saúde e apontou as crescentes expectativas de saúde e bem-estar dos indivíduos e da população em todo o mundo. Surge assim a conhecida carta de Ottawa fundamentada nos desenvolvimentos decorrentes da Declaração de Alma-Ata, no documento “As Metas da Saúde para Todos” da Organização Mundial de Saúde, bem como no debate sobre a ação intersectorial para a saúde, realizado na Assembleia Mundial de Saúde.

Os fundamentos da promoção em saúde deixaram a sua conceção baseada na doença e introduziram os denominados determinantes de saúde, pelos quais a saúde de cada indivíduo pode ser influenciada, prevenida e melhorada: a componente genética, o ambiente (natural e social), o estilo de vida e a organização dos serviços de saúde. A par disto a promoção da saúde e as medidas de prevenção também reconheceram determinantes económicos e sociais como a pobreza, habitação, o desemprego e outras desigualdades económicas e sociais (Heidmann, et al., 2006).

A presente carta certifica também um conjunto de valores - vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e ação conjunta - em conjunto com diversas estratégias nas quais a melhoria da qualidade de vida e saúde se inserem. Como resumo das principais estratégias propõe a consolidação e desenvolvimento dos serviços comunitários, fortalecimento e renovação de políticas públicas saudáveis, a integração da participação dos cidadãos, e o *empowerment*, como componentes chave para auferir saúde (Heidmann, et al., 2006).

Para a teórica de enfermagem Lydia Hall os doentes atingem o seu potencial máximo através do ensino e para Virginia Henderson a promoção da saúde é mais importante do que cuidar dos doentes (Tomey, et al., 2004).

As ações de enfermagem a nível de promoção da saúde (seja primário, secundário ou terciário) devem objetivar a redução das diferenças no estado de saúde dos cidadãos e

propiciar oportunidades e recursos equitativos e justos com a finalidade de os capacitar a atingir o seu potencial de saúde e de valorizar as competências individuais de cada um. A capacitação e o reforço ou ensino de competências ao cliente ou família, é fundamental para ensinar e preparar as pessoas para as diferentes etapas da sua vida e se necessário para o enfrentar de situações de doença ou incapacidade (Basto, 2012).

Estas ações desencadeiam-se num domínio muito mais abrangente do que a comunicação efetiva, a escuta ativa ou estabelecer de vínculos – o paradigma da ação interventiva é participativa e de mobilização comunitária. Isto é possível mediante um meio favorável para realização dessa capacitação e aprendizagem (recursos humanos, estruturais e materiais), do acesso à informação por parte do cliente (insere-se aqui o poder de autonomia, autodeterminação e consentimento esclarecido e a educação para a saúde), estilos de vida adotados e opções de vida saudáveis, e a redução das desigualdades entre os cidadãos. A qualidade dos serviços e das ações em saúde sejam preventivas, de promoção da saúde ou de redução das iniquidades no acesso aos serviços de saúde, só é possível com a participação concreta da população (Campos, et al., 2010).

O *empowerment*, ou seja a consciencialização e a participação da pessoa no assumir de um maior controle sobre as itens da sua vida, incute aos enfermeiros a necessidade de implementar estratégias que consolidem a autonomia, a autoestima, a autoajuda e a capacidade de adaptação ao meio ambiente inseridos favorecendo o desenvolvimento e a participação do cliente nas questões de saúde. Além do mais, funcionando como um vetor de feedback sobre a qualidade dos serviços e servindo de um método de diagnóstico de necessidades, proporciona a avaliação do desempenho da instituição (Mesquita, et al., 2007).

Isto mais uma vez nos leva à abordagem, avaliação e ação singular, subjetiva e transdisciplinar que cada indivíduo deve ser alvo nos cuidados de enfermagem – colocar o cliente no centro dos cuidados holísticos, envolvendo a família e comunidade na análise das características e particularidades de cada um no âmbito da promoção da saúde.

A população e cidadãos devem saber reconhecer o valor da saúde, identificar necessidades, modificar e adotar comportamentos, modificar o ambiente, a fim de atingirem um estado de bem-estar físico, mental e social e consequentemente melhorarem a sua qualidade de vida. Nesta perspetiva a promoção da melhoria qualidade dos cuidados é uma ação demorada a ser desenvolvida ao longo do tempo (Heidmann, et al., 2006).

Neste sentido a OE considera que os enfermeiros devem reconhecer os seguintes elementos como relevantes face à promoção da saúde: *“A identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade; a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; a promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001 p. 14).

No entanto é de ressaltar que no sector da saúde não é atribuível apenas ao enfermeiro a responsabilidade da promoção da saúde, sendo uma tarefa multidisciplinar e pluridimensional uma vez que para satisfazer as necessidades de uma vida saudável deve haver além de uma interação da equipa dos profissionais de saúde, uma interação entre o sector da saúde e o sector económico, político, social, e ambiental. Uma vez que a saúde se torna um bem essencial à vida, tendo por base os determinantes sociais, surge a necessidade da criação de políticas públicas saudáveis e reorientação dos serviços de saúde para uma eficaz promoção da saúde (Heidmann, et al., 2006; Sucupira, et al., 2003)

A prevenção de complicações é o enunciado onde se espera que o enfermeiro procure de forma permanente a excelência do exercício profissional, prevenindo complicações para a saúde dos clientes (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

O conceito de prevenção de complicações é confundida muitas vezes com o de promoção da saúde. A prevenção de complicações relaciona-se com problemas potenciais que em conjunto com outros fatores pode influenciar negativamente a saúde do cliente, e cabe ao enfermeiro a sua intervenção com a finalidade a busca contínua da excelência na prestação de cuidados e a prevenção dessas mesmas complicações para a saúde do cliente (Freire, et al., 2016).

No entanto o documento relativo às competências dos enfermeiros de cuidados gerais, refere que o enfermeiro deve entre enumeras competências promover, criar e manter um ambiente de cuidados seguro com recurso a estratégias que possibilitem a qualidade e a gestão de risco, utilizar instrumentos de avaliação oportunos na identificação de riscos reais e/ou potenciais, criar e favorecer a implementação de protocolos de prevenção e controlo de situações diárias principalmente de risco, aplicar métodos de ensino ao cliente e comunidade, avaliar a aprendizagem e a compreensão a respeito das

práticas de saúde, e deve participar e colaborar num trabalho em equipa multidisciplinar registando e comunicando as preocupações relativas ao cliente (Regulamento n.º 190/2015). O postulado demonstra a relação da importância da promoção da saúde e da prevenção de complicações simultaneamente.

O plano/processo de cuidados é algo de grande importância na prevenção de complicações permitindo planear e implementar intervenções de enfermagem e estabelecer objetivos de ação numa parceria com o cliente, intencionando-se a qualidade dos cuidados. Outro aspeto comum com a promoção da saúde poderá ser a informação prestada ao cliente. As educações para a saúde nas intervenções de enfermagem e a aplicação de métodos de ensino sobre potenciais sinais e sintomas do desenvolvimento de complicações são uma outra forma de prevenir situações mais gravosas. O rigor e o conhecimento deve estar presente nas atividades profissionais dos enfermeiros, seja durante a assistência, na supervisão de atividades ou durante sessões de ensino (Marquis, et al., 2010).

No decorrer do seu trabalho o enfermeiro necessita da intervenção de outros profissionais para completar os cuidados totais ao cliente. Assim a comunicação é algo fundamental a exercer com a equipa multidisciplinar a fim de promover uma qualidade assistencial total.

No seguimento a OE refere alguns elementos integrados nas ações dos enfermeiros relativamente à prevenção de complicações:

“ A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis; a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados; o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem; a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde; a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro; a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega”.

(Ordem dos Enfermeiros, 2001 p. 15 e 16)

No modelo dos sistemas da teórica de enfermagem Betty Neuman, a saúde resulta de um equilíbrio ou estado de bem-estar em determinado momento, sendo a prevenção primária, secundária e terciária, intervenções de enfermagem fundamentais para atingir e

manter o equilíbrio (Meleis, 2012). Perante este facto, a busca contínua da excelência e qualidade dos cuidados é um compromisso comum a todos os enfermeiros que pode ser alcançada através da prevenção de complicações no processo de doença do cliente ou simplesmente na prevenção de complicações na saúde do mesmo.

O bem-estar e o autocuidado é o enunciado onde se espera que o enfermeiro promova de forma permanente a *excelência do exercício profissional, potencializando o bem-estar dos clientes e complementando as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente*” (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

O cuidar é sem dúvida a essência da enfermagem, no entanto como enfermeiros não devemos direccionar a nossa ação apenas para os procedimentos e comportamentos da doença em si, mas para toda a globalidade do cliente incorporando a sua dignidade e individualidade (Freitas, et al., 2014). Os cuidados de enfermagem têm como critério de atuação uma relação entre enfermeiro e cliente e/ou família, grupos e comunidade.

Dorothea Ourem define autocuidado como uma função reguladora humana que a própria pessoa realiza ou em caso de cuidados dependentes, é realizada por outros. A finalidade do autocuidado é o de manter a saúde e bem-estar, através das funções físicas e psíquicas principais, manter a integridade das funções e o desenvolvimento e funcionamento humano, dentro do enquadramento de disposições essenciais para a vida (Ourem 2001 cit, em Meleis, 2012).

As situações de doença aguda ou crónica podem condicionar o cliente e sua família interferindo na no seu bem-estar, atividades de vida diária e qualidade de vida. A percepção que o cliente vai ter do seu bem-estar e da sua qualidade de vida poderá depender das oportunidades que o enfermeiro providenciar para este se envolver e participar nas atividades diárias (assim como os cuidadores) (Rabenschlag, et al., 2015). Quando a pessoa se torna dependente, não sendo capaz de por si só de satisfazer o seu bem-estar e/ou autocuidado, necessita de apoio e ajuda, ou seja necessita de uma assistência especializada, como os cuidados de enfermagem. Assim o REPE refere as seguintes formas de atuação dependendo do grau de dependência do cliente: *“Fazer por substituir a competência funcional em que o utente esteja totalmente incapacitado; Ajudar a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado; Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015 p. 100).

Dorothea Orem desenvolveu e aperfeiçoou ao longo dos anos a Teoria do Autocuidado, onde enfatiza a ideia que a pessoa é capaz de cuidar de si mesma, e quando existe incapacidade para tal, o papel do enfermeiro no processo de cuidar é crucial na manutenção da saúde, na recuperação da doença e na maneira como o cliente vai lidar com as lesões sejam temporárias ou permanentes. A teoria de Orem incorpora três teorias inter-relacionadas: teoria do *deficit* do autocuidado; teoria do autocuidado; teoria dos sistemas de enfermagem. Os cuidados de enfermagem traduzem-se em autocuidado terapêutico indicado de forma a completar os requisitos de autocuidado na ausência de capacidade para fazê-lo, podendo ser totalmente compensatórios, parcialmente compensatórios ou funcionar como sistema de apoio e educação. A Teoria de Orem assegura um papel importante para a prática da enfermagem, com aplicação na educação, prática clínica e administração, uma vez que estabelece quando o papel do enfermeiro é necessário e qual a intensidade das suas intervenções baseadas nas necessidades efetivas do cliente/cuidadores (Meleis, 2012).

Estes cuidados vão certamente manifestar a correlação e vinculação entre a capacidade de ação da pessoa e a sua necessidade de cuidados. Nos casos em que o enfermeiro não possa ou não consiga resolver deve sempre encaminhar e referenciar a situação para os técnicos e/ou recursos mais adequados.

Segundo a OE devem ser considerados pelos enfermeiros, entre outros, alguns elementos importantes relativos ao bem-estar e autocuidado do cliente:

“A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas do cliente, relativamente os quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e suplementar / complementar atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente; a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados; o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem; a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo dos cuidados de saúde; a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro; a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e pelos que delega”.

(Ordem dos Enfermeiros, 2001 p. 16 e 17)

As intervenções dos enfermeiros são de dois tipos, autónomas e interdependentes. A grande diferença encontra-se no prescritor, ou seja, quem tem a iniciativa da intervenção.

Não significa isto que nas intervenções interdependentes seja minimizada a importância o profissional de enfermagem, uma vez que este mantém o dever de responsabilizar-se pela ação, trabalhando em harmonização e entendimento com os outros profissionais da equipa multidisciplinar, com a finalidade de alcançar o bem-estar do cliente. A tomada de decisão em enfermagem deve ser realizada de forma refletida e com responsabilidade.

A readaptação funcional é o enunciado em que o enfermeiro na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro concomitantemente com o seu cliente incrementa e aperfeiçoa processos eficientes de adaptação aos problemas de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Na procura pela excelência do exercício e pela aplicação de cuidados de qualidade a intervenção dos enfermeiros, não se espelha apenas na aplicação e participação do tratamento, pela intervenção dos cuidados, ou pela educação. Parcerias entre enfermeiro e cliente/cuidadores proporcionam a capacitação das pessoas para enfrentar novas condições de saúde e doença, e a procurar padrões sobre readaptação funcional, desenvolvendo processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde.

Torna-se assim pertinente conceptualizar o conceito de adaptação baseado na Teoria de Adaptação de Callista Roy. Segundo Roy os conceitos de ambiente, saúde e enfermagem encontram-se interligados ao conceito central de adaptação. A pessoa está em constante interação com o ambiente e uma vez que este está sempre a modificar-se a pessoa está continuamente a modificar-se de modo a se adaptar. São essas respostas de adaptação que promovem a integridade o crescimento e a transformação da pessoa direcionando-a para a obtenção da saúde. Quando a pessoa não se está a adaptar positivamente, manifesta respostas ineficazes de *coping*, ou manifesta doença, logo necessita da intervenção de enfermagem. (Meleis, 2012).

Segundo Roy, as intervenções de enfermagem são caracterizadas como a seleção de abordagens de enfermagem para possibilitar a adaptação por meio da mudança de estímulos ou consolidação da metodologia adaptativa e o papel do enfermeiro passa por proporcionar ou apoiar comportamentos adaptados ou compensar comportamentos que possam levar ao comprometimento da adaptação, utilizando maioritariamente estratégias de ensino (Roy 1999 cit. em Meleis, 2012).

Resumindo o modelo de adaptação de Roy, apresenta-se como um modelo positivo para as ações do enfermeiro, nomeadamente a nível das investigações do comportamento, do diagnóstico de enfermagem, da instauração de metas, da intervenção e da avaliação.

A OE aponta como princípios importantes relativos à readaptação funcional, que os enfermeiros devem ter em conta:

“A continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem; o planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade; o máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade; a otimização das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito; o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.”

(Ordem dos Enfermeiros, 2001 p. 17)

Qualquer que seja a área de atuação do enfermeiro, este deve programar as suas intervenções desde a admissão à alta do cliente, num processo contínuo de cuidados planeados, integrando o contexto comunitário do cliente/família (Pompeo, et al., 2007). A referenciação no momento da alta para os enfermeiros da comunidade ou outros técnicos, apresenta-se como fundamental para uma continuidade de cuidados e para uma prestação de cuidados eficazes e de qualidade. O sucesso das qualidades dos serviços pode passar muitas vezes pela preparação para a alta, pelo acompanhamento pós alta e pelas condições familiares, ambientais e estruturais do domicílio, uma vez que tudo isto afetam diretamente a readaptação funcional.

Por último, **a organização dos cuidados de Enfermagem é o enunciado onde o Enfermeiro na procura permanente da excelência no exercício profissional, colabora para o potencial êxito na organização dos cuidados de enfermagem.**” (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

O planeamento das ações de enfermagem assim como o uso do processo de enfermagem tem como objetivo a orientação do trabalho dos enfermeiros e o julgamento das necessidades do cliente. A satisfação adequada das necessidades do cliente e a manutenção do seu bem-estar são sem dúvida algumas das funções do enfermeiro (Rabenschlag, et al., 2015). No entanto esta profissão põe-se à prova diariamente, numa realidade onde os problemas de saúde se tornam maiores e mais complexos e as intervenções de enfermagem se tornam mais ambiciosas resultantes das expectativas da

sociedade, dos avanços de novos métodos de diagnóstico e tratamento e da aposta na área da prevenção.

A prestação de cuidados de enfermagem insere-se numa rede de fenómenos e acontecimentos onde são influenciados por inúmeros elementos como as características dos serviços de saúde, as estruturas físicas, os recursos materiais e humanos, os valores da organização, os recursos financeiros, a satisfação laboral, formação profissional, entre outros.

Os enfermeiros são denominados como a classe trabalhadora dominante das instituições de saúde, tendo sob a sua alçada vinte e quatro horas de contacto com o cliente (Nishio, et al., 2011). Portugal enfrenta há muitos anos (e será expectável que também o fará nos próximos anos) a falta de enfermeiros nos serviços de saúde. Se por um lado existe um grande número de enfermeiros formados todos os anos, certamente não o há a trabalhar onde são necessários.

Segundo a Organização Mundial de Saúde é necessário assegurar o desenvolvimento e consolidação dos enfermeiros com vista a não prejudicar a acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde assim como o cumprimento dos objetivos propostos por cada país (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

A dotação adequada de recursos de enfermagem pode e deve ser vista de duas maneiras, a dotação de enfermeiros em quantidade e a dotação em qualidade (experiência/ formação dos enfermeiros) relativamente às necessidades dos clientes. Os principais factos quantitativos do número de enfermeiros nos serviços de saúde prendem-se com a garantia da segurança, a qualidade e a continuidade da assistência ao cliente. Assim como os factos qualitativos, nomeadamente a formação e o desempenho influenciam a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação do cliente (Nishio, et al., 2011).

Devem ser aplicadas estratégias e ferramentas que permitam apropriar os recursos humanos às reais necessidades dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2014). No sentido de dar resposta ao problema do número de enfermeiros necessários em quantidade têm sido aperfeiçoadas várias ferramentas de cálculo de dotação de enfermeiros e realizados estudos a fim de avaliar esse impacto na qualidade e segurança nos cuidados prestados tanto para o cliente como para o profissional. No entanto a OMS admite que apesar da existência de vários métodos para esse mesmo cálculo refere que

nenhum é particularmente indicado, devido à diversidade e disponibilidade de dados apresentados e de critérios a avaliar – tempo médio por procedimento, competências profissionais, complexidade de cuidados específicos, quantificação de cuidados a realizar, número de enfermeiros por cama ocupada, situações de emergência, arquitetura do serviço e instituição (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

O *Royal College of Nursing* admite que o contexto financeiro implica redução de custos e a aplicação de serviços rentáveis, no entanto reconhecem que os efeitos adversos que se podem evitar, são apenas evitáveis se os cuidados de enfermagem eficazes forem continuamente e consistentemente executados e para isso é fundamental ter enfermeiros suficientes com competências e habilidades certas nos serviços (Royal College of Nursing, 2010).

Em 2011, a OE juntamente com o Ministério da Saúde (MS) elaboraram um “*Guia de Recomendações para o cálculo da dotação de enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde – Indicadores e Valores de Referência*” - onde recomendam critérios de dotações resultantes da realidade portuguesa vs. Necessidade de cuidados de enfermagem vs. investigação realizada. O mesmo documento conjectura três contextos de atuação - o ambiente hospitalar, os cuidados de saúde primários e a rede de cuidados continuados integrados (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

O International Council of Nurses (ICN) reforça ainda que a evidência entre os baixos números de enfermeiros e a sua relação com efeitos adversos na saúde dos clientes exemplificando as quedas, úlceras de pressão, erros de terapêutica, infeções nosocomiais e readmissões (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Não obstante, o número reduzido de enfermeiros a fim de satisfazer as necessidades dos clientes leva a um aumento da carga de trabalho que pode ter repercussões sérias para o próprio profissional, o que acaba por afetar a segurança do cliente e o estado psicológico e físico do profissional de enfermagem. Consequentemente aparecem os impactos no custo e qualidade da prestação de cuidados (Royal College of nursing, 2010; Marquis, et al., 2010). Isto vem de encontro às preocupações que a OE em Portugal lança perante a importância dos enfermeiros na qualidade dos cuidados de saúde.

A responsabilidade profissional pode ser profundamente afetada com a falta de pessoal devido ao aumento de tarefas a realizar e à escassez de tempo para as executar com segurança e qualidade. Marquis, et al. (2010) mencionam um estudo de Rogers et al (2004) que demonstraram que o aumento das horas de trabalho dos enfermeiros aumenta a probabilidade dos mesmos cometerem erros.

A formação profissional ao aumentar o leque de saberes e habilidades e mudança de comportamentos e atitudes fomenta na enfermagem uma parcela de bastante importância em relação às outras profissões: a autonomia do conhecimento e da prática. Apesar da licenciatura em enfermagem se adquirirem as competências fundamentais para o exercício da profissão, o enfermeiro, deve ter uma formação permanente e constante a fim de se adaptar aos novos conhecimentos e técnicas científicas, de desenvolver novas competências e de evoluir na sua reflexão crítica. E se esse conhecimento é importante para o conhecimento próprio também o é para os serviços de saúde onde exercem funções. Daí a importância da existência de enfermeiros especialistas espalhados pelos diversos serviços, a fim de aplicar cuidados reconhecidos como especializados e melhorarem assim os níveis de atendimento ao cliente.

A qualidade dos cuidados prestados e a sua coordenação depende imenso da comunicação e do fluxo de informação existentes entre a equipa multidisciplinar. A documentação de enfermagem e os seus registos de informação apresentam-se como a ferramenta principal de comunicação e ação providenciando a continuidade de cuidados além de cuidados individualizados, estruturados, sistemáticos, de qualidade e com segurança. Os registos de enfermagem são *“O conjunto de informações escritas, produzidas pelo enfermeiro na prática clínica, nas quais compila as informações resultantes das necessidades de cuidados de enfermagem (intervenções autónomas), bem como toda a informação, resultante do processo de tomada de decisão de outros técnicos implementados pelo enfermeiro (intervenções interdependentes) e toda a restante informação necessária para a continuidade dos cuidados”* (Ordem dos Enfermeiros, 2005 p. 20).

A grande necessidade e acelerada difusão de informação tornou-se uma base para a alteração de dinâmicas institucionais a nível da saúde, no sentido de valorizar, recolher, sistematizar e tratar essa mesma informação. Surge assim a possibilidade de avaliar e monitorizar os serviços, introduzindo critérios e indicadores de qualidade dos cuidados prestados perante os resultados obtidos (Sousa, et al., 2008). A nível os cuidados de enfermagem essa informação pode e deve surgir através dos registos de enfermagem melhorados pelos recentes sistemas de informação. Independentemente da forma de registo da informação proveniente dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros devem fomentar esta prática uma vez que também são uma peça chave para a tomada de decisão com coerência e conhecimento, para a produção de indicadores e para o desenvolvimento de investigação (Sousa, et al., 2008).

A missão, valores e políticas da organização são saberes fundamentais para os seus colaboradores de forma a integrarem um objetivo comum. Uma política institucional proporciona as orientações gerais relativas à missão da organização, logo define os valores que norteiam todos os seus trabalhadores e colaboradores. Uma política de cuidados do próprio serviço define aspetos específicos de determinado serviço mas integra toda a personalidade da política institucional (Hesbeen, 2001).

A participação da análise de indicadores assistenciais, assim como integrar propostas de melhorias de qualidade em todo o processo são ações que o enfermeiro pode e deve ter no controlo da qualidade assistencial. Face a isto, para a OE os enfermeiros devem ter em conta os seguintes elementos face à organização dos cuidados de enfermagem:

“A existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem; a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros; a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente; a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional; o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem; a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade; a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade”.

(Ordem dos Enfermeiros, 2001 p. 18)

Como foi possível analisar os padrões de qualidade estabelecidos pela OE em Portugal, constituem uma base significativa para uma melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, contribuindo para a visibilidade dos cuidados de enfermagem nos ganhos em saúde dos cidadãos. É expectável que os enfermeiros aliem a sua prática perante estes padrões e a construção de indicadores de qualidade (estrutura, processo e resultado), a fim de demonstrarem o seu desempenho objetivo.

4. TRABALHO DE CAMPO – PREPARAÇÃO DE UM ESTUDO DE CASO

A investigação científica estabelece o método que assenta na aquisição de novos conhecimentos procurando examinar fenómenos a fim de obter respostas a questões determinadas que se deseja investigar e estudar. Destaca-se por ser um processo sistemático, organizado, rigoroso, objetivo, explicativo ou preditivo de fenómenos. Aponta a validação de conhecimentos já adquiridos e a produção de novos que de forma direta ou indireta intervêm na prática (Fortin, et al., 2009).

A pesquisa em enfermagem é crucial para a descrição de situações particulares, para a identificação de fatores de risco, para a procura de soluções, para a exploração de temas pouco conhecidos, para que se preveja prováveis resultados de determinadas decisões, ou para que se controlem resultados indesejáveis. Pode-se assim argumentar que a assistência ao cliente melhora substancialmente com o desenvolvimento e atualização do conhecimento. A necessidade de basear as ações e decisões de enfermagem em evidências teóricas ou práticas de pesquisa de qualidade acarreta resultantes bastantes produtivos e positivos na relação com o cliente, identifica práticas que alteram resultados no atendimento de saúde e ao mesmo tempo amplia e revigora a identidade da enfermagem como profissão (Polit, et al., 2004).

O conhecimento da perceção dos enfermeiros sobre a qualidade assistencial integrando os padrões de qualidade requer a clareza dos seus contextos sociodemográficos e profissionais, bem como se as condições do serviço condicionam todos os elementos. É neste sentido, que a presente investigação se baseia na procura de conhecimentos e/ou soluções para um determinado assunto/dilema. Ao mesmo tempo orienta e assegura o desenvolvimento e credibilidade do exercício profissional dos enfermeiros visada por se orientar em bases científicas.

A própria investigação deve ser conectada à prática profissional, uma vez que é da mesma que resultam os problemas clínicos, psicossociais e educativos (Fortin, et al., 2009).

Este capítulo será direcionado às etapas da fase metodológica, sendo apontado o desenho do estudo, tipo do estudo, a caracterização das variáveis em estudo, a

caracterização da população e amostra, os métodos de recolha e tratamento de dados obtidos.

A fase conceptual até então apresentada consiste em delinear os elementos de um problema, ou seja, a escolha do tema ou problema que necessita de uma investigação, a revisão da literatura, a elaboração de um quadro de referência, a formulação do problema de investigação, e a presunção de objetivos e questões de investigação (Fortin, et al., 2009).

“Uma questão de investigação é uma pergunta explícita a um tema de estudo que se deseja examinar tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe. (...) especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica” (Fortin, et al., 2009 p. 73). O presente trabalho baseou-se com a seguinte questão de partida:

- Será que as características dos enfermeiros e o contexto de trabalho influenciam a perceção dos mesmos sobre os padrões de qualidade?

Os objetivos de investigação *“devem indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue”* (Fortin, et al., 2009 p. 160). São apresentados os seguintes objetivos específicos do presente estudo:

- Analisar a opinião dos enfermeiros sobre as condições globais do serviço de forma a garantirem a qualidade assistencial.
- Analisar a relação entre as características sociodemográficas e a perceção dos enfermeiros relativamente com os padrões de qualidade assistencial.
- Analisar a relação entre as características profissionais e a perceção dos enfermeiros relativamente com padrões de qualidade assistencial.
- Descrever as atividades de maior representação no Centro Materno Infantil.

Com base na questão de partida foi possível elaborar e encontrar novas questões de investigação orientadoras e específicas da clarificação da investigação. *“Uma questão de investigação é uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui o ou os conceitos em estudo. Ela indica claramente a direção que se entende tomar (...)”* (Fortin, et al., 2009 p. 53). Segundo o mesmo autor advêm total e diretamente do objetivo e apontam o que o investigador deseja obter como informação. São lembradas as questões de investigação do presente trabalho:

- Será que há relação entre as características sociodemográficas e a perceção dos enfermeiros relativamente com os padrões de qualidade assistencial?

- Será que há relação entre as características profissionais e a percepção dos enfermeiros relativamente com padrões de qualidade assistencial?

- Será que há relação entre as características profissionais e a opinião dos enfermeiros sobre as condições do serviço?

- Será que há relação entre as características sociodemográficas e a opinião dos enfermeiros sobre as condições do serviço?

- Será que há relação entre a opinião dos enfermeiros sobre as condições do serviço com a garantia da qualidade e os padrões de qualidade?

Sendo a qualidade um tema inerente aos cuidados de enfermagem de excelência torna-se oportuno e favorável a realização de trabalhos de investigação que demonstrem a relação entre a qualidade dos cuidados e a percepção dos enfermeiros.

O desenho do estudo determina *“o conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura que permita explorar empiricamente as questões de investigação (...) guia o investigador na planificação e na realização do seu estudo de maneira que os objetivos sejam atingidos”* (Fortin, et al., 2009 p. 214). Para o mesmo autor a planificação do desenho de investigação auxilia na eliminação e/ou redução as fontes de erro, melhorando significativamente a validade do estudo.

O desenho de estudo abaixo explanado demonstra bem a planificação do presente trabalho.

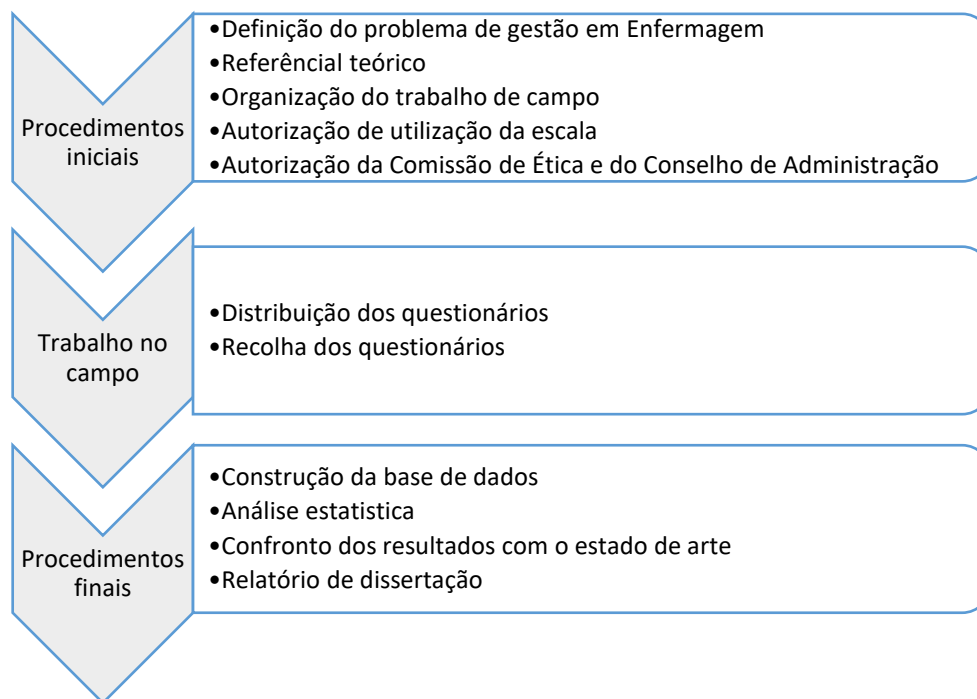


Figura 1 - Desenho do estudo

A pesquisa baseou-se num estudo quantitativo, exploratório, descritivo e transversal culminando numa revisão bibliográfica que integra conhecimentos de trabalhos nacionais e internacionais. A pesquisa teve início em Setembro de 2017 em livros pertencentes a bibliotecas, e nos seguintes motores de busca e bases de dados: Google Academic, SciELO, RCAAP, EBSCOHost, PubMed, Academic Search Complete, Business Source Complete, CINAHL Complete, CINAHL Plus with Full Text, ERIC, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, MEDLINE with Full Text, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Regional Business News, SPORT Discus with Full Text.

Foram usados os seguintes descritores com o auxílio dos operadores booleanos AND e OR : “Nursing care” (“cuidados de enfermagem”), “health care” (“cuidados de saúde”), “quality” (“qualidade”), “quality management” (“gestão da qualidade”), “health management” (“gestão de saúde”), “total quality management” (“gestão da qualidade total”), “quality Assurance” (“melhoria qualidade”), “health management” (“gestão de saúde”), “manager” (“enfermeiro gestor”), “quality standards” (padrões de qualidade”).

O método de investigação quantitativo *“destaca-se pela medida das variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações*

ou contextos” (Fortin, et al., 2009 p. 27). Ou seja, atenta à explicação e predição de um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise de dados numéricos.

Segundo Fortin, et al. (2009 p. 30) *“o objetivo da investigação quantitativa é estabelecer factos, pôr em evidência relações entre variáveis (...) predizer resultados (...) ou verificar teorias ou preposições teóricas”*. A nível da prática tenta-se desenvolver e obter resultados a fim de proporcionar melhorias em situações particulares do quotidiano.

Os estudos descritivos pretendem observar, descrever e documentar os aspetos da situação (Polit, et al., 2004), ou seja, pretendem identificar e compreender características de um fenómeno experienciado por pessoas visando descrever informação de um grande número de pessoas, representando a população ponderada (Fortin, et al., 2009).

O estudo transversal pretende *“medir a frequência de um acontecimento ou de uma doença e dos seus fatores de risco numa dada população”* (Fortin, et al., 2009 p. 252). São pertinentes para descrever uma situação ou relação entre fenómenos, sendo os dados apenas obtidos num determinado momento do estudo (Polit, et al., 2004).

Com a determinação deste tipo de estudo procura-se a necessidade de compreender e identificar fatores que influenciem a qualidade assistencial dos enfermeiros, assim como as suas expectativas e experiências para que no futuro se possa atentar a novas estratégias de atuação.

4.1 Variáveis em estudo

As variáveis solidificam as questões de investigação, podendo ser avaliadas como unidade de base da investigação. Podem ser classificadas de acordo com o papel que operam numa investigação, podendo ser qualidades, propriedades ou características tomando diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados (Fortin, et al., 2009).

Foram identificadas as seguintes variáveis, que para uma melhor compreensão do estudo de investigação serão seguidamente descritas:

- Variável características sociodemográficas (quadro 1),

- Variável características profissionais (quadro 2);
- Variável opinião características do serviço (quadro 3);
- Variável perceção dos padrões de qualidade (quadro 4).

As variáveis foram operacionalizadas, ou seja, decompostas, de modo a que se tornassem objetivas e mais simplistas de serem analisadas. São apresentadas de seguida nos respetivos quadros as suas categorias, itens e indicadores de medida.

Quadro 1 - Variável características sociodemográficas

Categoria	Item	Indicador
Serviço	Natureza do serviço	Sim/Não
Género	Feminino, Masculino	Sim / Não
Estado civil	Casado, Solteiro, Divorciado Outro	Sim / Não
Idade		Anos completos

A identificação das características sociodemográficas é fundamental para elaborar o perfil das características dos sujeitos da amostra.

Quadro 2- Variável características profissionais

Categoria	Item	Indicador
Exercício profissional	Anos exercício profissional	Anos completos
	Anos atual serviço	Anos completos
	Especialidade	Sim /Não
	Outros graus académicos: - Pós graduação - Mestrado - Doutoramento	Sim /Não

A identificação das características profissionais é fundamental para elaborar o perfil das características profissionais dos sujeitos da amostra.

Quadro 3 - Variável opinião características do serviço

Categoria	Item	Indicador
Preocupação	Na sua opinião, no serviço onde trabalha os enfermeiros preocupam-se com a garantia da qualidade assistencial?	1 a 4
Condições	Na sua opinião o serviço onde trabalha tem condições para garantir uma qualidade assistencial?	1 a 4
Chefias	O(a) gestor (a) do seu serviço preocupa-se com a garantia da qualidade?	1 a 4
Dotações	Na sua opinião a dotação do seu serviço garante a qualidade assistencial?	1 a 4

A identificação da opinião dos enfermeiros acerca das características do seu serviço é fundamental para o fortalecimento da questão de investigação.

Foram definidas como itens as atividades de enfermagem englobadas nas categorias: preocupação, condições, chefias, dotações.

Os indicadores transmitem no total de quatro afirmações, que os enfermeiros expressem a sua opinião, em que numa escala de um a quatro se considere: “1- Nada; 2- Pouco; 3- Muito; 4- Muitíssimo”.

Quadro 4 - Variável percepção dos padrões de qualidade

Categoria	Item	Indicador
Satisfação do Cliente	Os enfermeiros demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam.	1 a 4
	Os enfermeiros procuram constantemente empatia nas interações com o cliente (doente/família).	1 a 4
	Os enfermeiros envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados.	1 a 4
Promoção da Saúde	Os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade.	1 a 4
	Os enfermeiros aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis.	1 a 4
	Os enfermeiros fornecem informação geradora de	1 a 4

	aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.	
A Prevenção de Complicações	Os enfermeiros identificam os problemas potenciais do cliente.	1 a 4
	Os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações.	1 a 4
	Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis.	1 a 4
	Os enfermeiros demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem.	1 a 4
	Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais.	1 a 4
	Os enfermeiros supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam.	1 a 4
	Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam.	1 a 4
O Bem-estar e o autocuidado	Os enfermeiros identificam os problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida.	1 a 4
	Os Enfermeiros prescrevem e implementam intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.	1 a 4
	Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.	1 a 4
	Os enfermeiros demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.	1 a 4
	Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.	1 a 4
	Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam.	1 a 4
A readaptação funcional	Os enfermeiros dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem.	1 a 4
	Os Enfermeiros planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade.	1 a 4
	Os Enfermeiros otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito.	1 a 4
	Os enfermeiros ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.	1 a 4

A organização dos cuidados de enfermagem	Os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem.	1 a 4
	Os enfermeiros conhecem as políticas do hospital.	1 a 4

A variável padrões de qualidade baseia-se nos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros em Portugal e integra os itens do questionário escolhido e aplicado.

Foram definidas como itens as atividades de enfermagem englobadas nas categorias: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem.

Os indicadores transmitem no total de 25 afirmações, que os enfermeiros expressem a sua opinião, em que numa escala de um a quatro se considere: “1- Nunca; 2- Poucas vezes”; 3- Às vezes; 4- Sempre”.

4.2 População e amostra

“ A população estudada, designada população alvo, é um grupo de pessoas ou elementos que têm características comuns” (Fortin, et al., 2009 p. 69), sendo a população na qual o investigador está interessado (Polit, et al., 2004).

No entanto, pela impossibilidade de se estudar uma população total, utiliza-se o termo de população acessível relativamente à fração da população alvo que se encontra ao alcance do investigador (Polit, et al., 2004).

Assim a população acessível do presente estudo foi constituída pelos enfermeiros a exercer funções num Centro Materno Infantil. Segundo dados pedidos aos Recursos Humanos do Centro Materno Infantil (que se basearam no centro de custos) existiam no momento do estudo um total de 299 enfermeiros a exercer funções, em que 289 eram do sexo feminino e 10 do sexo masculino.

Segundo Fortin, et al. (2009 p. 310) a *“amostragem é o processo pelo qual o grupo de pessoas ou porção da população (amostra) é escolhida de maneira a representar uma população inteira”*, constituindo o objeto de estudo. Assim, as informações retiradas da amostra permitem estimar de forma clara generalizar as características da população-alvo (Polit, et al., 2004).

A fim de reduzir o erro de amostragem uma vez que a população alvo é totalmente inacessível foi utilizado um método de amostragem não probabilístico e uma amostra de conveniência. Segundo Fortin, et al. (2009) e Polit, et al (2001) a amostra acidental ou de conveniência é composta por participantes facilmente acessíveis que se encontram num determinado local e no momento certo.

Foram estipulados e respeitados os seguintes critérios de inclusão: todos os enfermeiros a exercer funções no Centro Materno Infantil há mais de seis meses e que aceitassem participar no estudo.

Foram estipulados e respeitados os seguintes critérios de exclusão: todos os enfermeiros que se encontravam ausentes dos serviços por doença ou licença de maternidade/parentalidade.

Para um intervalo de confiança de 95% e um nível de significância de 5%, a partir de uma população acessível de 299 enfermeiros, foi possível obter uma amostra de 112 enfermeiros.

4.3 Instrumento de colheita de dados

Dada à natureza do estudo, o instrumento de colheita de dados escolhido para o desenvolvimento deste trabalho foi o questionário. Segundo FORTIN, et al. (2009) o questionário exige do participante respostas escritas a um conjunto de questões e tem por objetivo reunir informação sobre acontecimentos, atitudes, crenças, sentimentos e /ou opiniões, além de que a taxa de respostas pode influenciar a credibilidade do questionário (Fortin, et al., 2009).

Apresenta como vantagens ser um meio rápido e pouco dispendioso de obter dados principalmente perante uma grande amostra, apresenta uma a natureza impessoal que permite imparcialidade, exhibe uma uniformidade de apresentação e de diretrizes o que propicia fidelidade, permitindo comparações entre as respostas. Além do mais, permite a expressão de opiniões devido à possibilidade de anonimato completo. Contudo, apresenta alguns obstáculos e desvantagens como fracas taxas de resposta e elevados dados em falta, ou não ser possível esclarecer certas dúvidas ao respondente relativo aos enunciados (Fortin, et al., 2009)

O questionário (Anexo I) foi constituído por três grupos constituídos por questões facilmente compreensíveis, claras e concisas.

O primeiro grupo integra quatro questões fechadas acerca das características do serviço e utiliza uma escala de Likert para que seja indicada o grau de concordância dos indivíduos em relação a uma característica.

O segundo grupo integra a *“Escala de Percepção das atividades de Enfermagem que contribuem para a qualidade de cuidados (EPAECQC)”* elaborada por Martins, MM; Gonçalves, M.N. em 2013. Esta escala já validada para a realidade portuguesa, apresenta-se estruturada em seis categorias que integram vários itens: “a satisfação do cliente” (três itens), “a promoção da saúde” (três itens), “a prevenção de complicações” (sete itens), “o bem-estar e o autocuidado” (seis itens), “a readaptação funcional” (quatro itens), “a organização dos cuidados de enfermagem” (dois itens). Para cada item o participante dispõe de uma escala de likert com quatro opções (1- Nunca, 2-Poucas vezes, 3-Às vezes, 4- Sempre).

O terceiro grupo integra um grupo de perguntas abertas e fechadas acerca das características sociodemográficas e profissionais dos inquiridos.

De notar que a escala de Likert compõe-se por várias afirmações que exprimem um ponto de vista e os participantes no estudo especificam seu grau de concordância ou discordância com cada afirmação (Polit, et al., 2004).

A determinação da fidelidade foi verificada utilizando o método de consistência interna. O Alfa de Cronbach deve ser superior a 0,70 que nos indica a fidelidade, correlação e homogeneidade dos itens, o que nos permite um grau de confiança e exatidão dos mesmos valores ao longo do tempo (Pestana, et al., 2008). A consistência dos itens em estudo (Tabela 1) é boa pois o seu Alfa de Cronbach encontra-se acima do 0.80, exceto na item “Satisfação do cliente” cujo coeficiente se encontra muito próximo do valor aceitável ($\alpha=0.629$). O valor do Alfa de Cronbach total da escala ($\alpha=0.913$) denota uma boa consistência interna da escala.

Tabela 1 – Itens da Escala de Percepção das atividades de Enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados

Itens	Escala	Escala original atualizada
Satisfação do Cliente	0,629	0,744
Promoção da Saúde	0,843	0,740
Prevenção de complicações	0,821	0,779
Bem-estar e Autocuidado	0,848	0,862
Readaptação Funcional	0,897	0,830
Organização dos Cuidados de Enfermagem	0,881	0,684
Responsabilidade e Rigor	–	0,855
Total	0,913	0,940

Este estudo utilizou a *Escala de Percepção das Atividades de Enfermagem que Contribuem para a Qualidade dos Cuidados* inicial composta por 25 itens, agrupados em seis itens. No entanto esta escala sofreu nova validação onde foram realizadas alterações na sua composição, passando a ser constituída por sete itens: “satisfação do cliente” (3 itens), “promoção da saúde” (3 itens), “prevenção de complicações” (3 itens), “bem-estar e autocuidado” (4 itens), “readaptação funcional” (4 itens), “organização dos cuidados de enfermagem” (2 itens) e “responsabilidade e rigor” (6 itens).

Como se trata de um questionário já utilizado em outros estudos, não houve necessidade de realizar um pré-teste.

4.4 Procedimentos de colheita e análise dados e éticos

O presente estudo ao estar incluído na área da saúde, envolvendo seres humanos, indubitavelmente foram tidas em conta questões éticas desde o início da investigação, a fim de ver respeitados os direitos fundamentais dos intervenientes e a veracidade e fidelidade da investigação.

Foi realizado inicialmente um projeto do estudo de investigação, sendo aprovado pela instituição de Ensino (Anexo II) e posteriormente pela comissão de Ética e Conselho de Administração do local onde se desenrolou o estudo (Anexo III).

No entretanto foi pedido consentimento de utilização ao autor da escala inserida no questionário para inserção no estudo de investigação ao qual foi autorizada (ANEXO IV).

O trabalho de campo devido a fatores incontrolláveis e de saúde da investigadora teve que ser adiado, tendo sido aplicado de um de Junho a trinta de Junho de 2018. Foram realizados encontros com os enfermeiros chefes de cada serviço a explicar sumariamente os objetivos e finalidades do estudo e entregues os questionários aos mesmos que os distribuíram nos respetivos serviços. Os questionários foram entregues num envelope fechado e em número análogo aos dos enfermeiros a exercer funções em cada serviço. O tempo de resposta em cada serviço foi de um mês, prazo esse que finalizado foram recolhidos os questionários. De notar que o período de aplicação dos questionários foi mais abrangente que o projetado inicialmente por ser um momento de escala de férias dos serviços e por haver uma grande escassez de recursos humanos o que dificultou a obtenção de respostas aos questionários. A escassez de RH foi mencionado pelos enfermeiros chefes, referindo dificuldade de distribuição dos questionários.

De notar que aquando do pedido de autorização do desenvolvimento do estudo na instituição de saúde, o pedido de consentimento aos participantes era facultativo pelo que foi pedida a dispensa de uma carta formal e assinada individualmente por cada participante do estudo relativa ao consentimento informado, uma vez que o questionário em questão era anónimo e de fácil identificação caso este fosse anexado ao questionário. Este facto foi aprovado positivamente não sendo impeditivo da aplicação do estudo na instituição.

A fase seguinte foi a codificação dos questionários e o lançamento dos respetivos dados no programa software SPSS-24.0 (Statistical Package for the Social Sciences), fazendo-se a análise dos dados com recurso da estatística descritiva e inferencial.

Tendo em consideração o cumprimento dos critérios necessários para a realização de testes de hipóteses paramétricos, conclui-se que a amostra não segue uma distribuição normal nas variáveis em estudo (teste Kolmogorov $<0,05$). Assim, foram utilizados testes não-paramétricos nomeadamente o coeficiente da correlação de Spearman e o teste de Mann-Whitney. O coeficiente de correlação de Spearman (considerando ser uma medida de associação não paramétrica entre duas variáveis pelo menos ordinais) é obtido através

da substituição dos valores das observações pelas respetivas ordens. As medidas de associação quantificam a intensidade e a direção da associação entre duas variáveis. Para comparação das variáveis em estudo foi aplicado o teste de Mann-Whitney, sendo o teste não-paramétrico adequado para comparar as funções de distribuição de uma variável pelo menos ordinal medida em duas amostras independentes (Maroco, 2014).

No preenchimento dos questionários, algumas variáveis não foram preenchidas de forma pontual. No entanto uma vez que os mesmos se encontravam maioritariamente preenchidos, foram considerados válidos para análise dos dados.

Aquando das perguntas abertas relativamente ao tempo de serviço, quando a resposta apresentou ser inferior a 6 meses estes questionários foram eliminados. Quando a resposta foi escrita em anos e meses esta foi arredondada para o valor em anos acima.

Fortin, et al., (2009) refere os princípios e preocupações éticas a ter em conta a fim de proteger os direitos e liberdades dos intervenientes, nomeadamente dos inquiridos: *“o respeito pelo consentimento livre e esclarecido; o respeito pelos grupos vulneráveis; o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; o respeito pela justiça e equidade; o equilíbrio entre as vantagens e inconvenientes; a redução dos inconvenientes; a otimização das vantagens”* (Fortin, et al., 2009 p. 186).

Seguindo esta linha de pensamento resta acrescentar que: na aplicação dos questionários os enfermeiros foram livres de decidir por si se concordavam participar ou não no estudo sem que fossem alvos de aliciamento, pressão ou coerção; juntamente com o questionário estavam bem descritos os objetivos e finalidades do estudo pelo que tinham todo o conhecimento e informação para tal; houve uma total ausência de atitudes de discriminação e/ou beneficência por parte do investigador; salienta-se que todos os participantes eram maiores de idade; foram aplicados os direitos inerentes à intimidade, anonimato e confidencialidade dos inquiridos; houve cumprimento de total imparcialidade e equidade na escolha ou aplicação dos métodos; foram considerados todos os benefícios e riscos inerentes à aplicação do estudo de investigação, tendo sido realizado uma análise de equilíbrio entre vantagens e inconvenientes implicativos concluindo-se que os inconvenientes eram mínimos, prevalecendo as vantagens do conhecimento produzido, pelo que consideramos seguir regras a fim de salvaguardar os princípios éticos.

5. CONSTRUÇÃO DA QUALIDADE NA PRESPECTIVA DOS ENFERMEIROS

Após a descrição das opções metodológicas serão apresentados seguidamente os resultados obtidos. A apresentação dos mesmos é concebida através de tabelas e gráficos seguidos da respetiva descrição.

A atenção deste trabalho incidiu sobre um Centro Materno Infantil cuja importância e relevância de tal escolha incidiu sobre o desconhecimento de dados relativos à qualidade assistencial dos enfermeiros num Centro Materno Infantil em Portugal.

A instituição apresenta-se de momento como uma unidade de gestão de situações de alto risco a nível obstétrico, neonatal e pediátrico possuindo o maior número de especialistas de Ginecologia-Obstetrícia comparando com outra qualquer unidade de saúde da região Norte de Portugal, assim como a realização do maior número de consultas externas do foro específico.

De momento é a unidade hospitalar com maior número de partos na região Norte e a segunda a nível Nacional. Destaca-se pela certificação de qualidade do programa de Procriação Medicamente Assistida, integrando o único Banco de Gâmetas Público Nacional. A nível pediátrico dispõe de equipas multidisciplinares com diferenciação técnica incluindo experiência específica em cirurgia neonatal disponível 24 horas, estando capacitado com blocos operatórios, cuidados intensivos /intermédios e internamento 24 horas para natureza neonatal e pediátrica geral.

O serviço de Nefrologia pediátrica apresenta-se com a maior aptidão para realização de diálise da região Norte e Centro. Aloca outros serviços não menos importantes entre eles a Pedopsiquiatria, patologia da mama, patologia do pavimento pélvico, unidade de diagnóstico pré-natal e o espaço jovem (CHP, 2018).

Este Centro apresenta como objetivo principal a prestação de cuidados de saúde à população, tendo como missão a diferenciação e a excelência dos mesmos em apoio e combinação com outras instituições de saúde. Reconhece e preza o ensino, formação e investigação tendo como visão ser o melhor Hospital para cuidar e tratar cidadãos, evidenciando-se pelas boas práticas clínicas e de gestão. Na sua atividade promove valores como a prioridade da qualidade e segurança do serviço, a excelência nas atividades, respeito pelas pessoas, inovação e sustentabilidade hospitalar, responsabilidade e ética na atuação.

5.1 A Caracterização dos participantes do estudo

De seguida iram ser explanas as características dos participantes no estudo.

Tabela 2 - Representação do sexo dos participantes

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Feminino	106	94.6	97.2
	Masculino	3	2.7	2.8
	Total	109	97.3	100.0
Omisso	Sistema	3	2.7	
Total		112	100.0	

Dos 109 participantes que responderam a esta variável (Tabela 2) a maioria era do género feminino (n=106) sendo poucos os participantes do sexo masculino (n=3).

Tabela 3 - Representação da idade dos participantes

N	Válido	111
	Omisso	1
Média		40.59
Mediana		40.00
Desvio Padrão		8.900
Mínimo		24
Máximo		59

Relativamente à idade (Tabela 3), dos 111 participantes que responderam a esta variável, verificou-se que tinham idade compreendida entre os 24 e os 59 anos, média 40,59 anos, e desvio-padrão 8,90.

Tabela 4 - Representação do estado civil dos participantes

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Casado	64	57.1	58.7
	Solteiro	31	27.7	28.4
	Divorciado	6	5.4	5.5
	Outros	8	7.1	7.3
	Total	109	97.3	100.0
Omisso	Sistema	3	2.7	
Total		112	100.0	

Dos 109 participantes que responderam a esta variável (Tabela 4) a maioria dos participantes era casado (n=64) seguindo-se os solteiros (n=31), os outros (n=8) e os divorciados (n= 6).

Tabela 5- Representação dos anos de exercício profissional

N	Válido	110
	Omisso	2
Média		17.77
Desvio Padrão		8.646
Mínimo		1
Máximo		36

No que se refere ao número de anos de exercício profissional (Tabela 5), dos 110 participantes que responderam a esta variável, apresentavam um tempo de exercício profissional entre 1 a 36 anos de profissão, média 17,77 anos, e desvio-padrão 8,646.

Tabela 6 - Representação dos anos de exercício profissional no atual serviço

N	Válido	111
	Omisso	1
Média		9.76
Desvio Padrão		7.884
Mínimo		1
Máximo		34

No que se refere ao número de anos de exercício profissional no atual serviço (Tabela 6), dos 111 participantes que responderam a esta variável apresentavam um tempo de exercício profissional entre 1 a 34 anos, média 9,76 anos, e desvio-padrão 7,884.

Tabela 7 - Representação da detenção de especialidade dos participantes

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Com Especialidade	68	60.7	60.7
	Sem Especialidade	44	39.3	39.3
	Total	112	100.0	100.0

No que se refere à distribuição da especialidade (Tabela 7) a maioria dos participantes possuía uma especialidade (n=68; 60,7%) face aos participantes sem especialidade (n=44; 39,29%).

Relativamente à distribuição de outros graus académicos constatamos que menos de metade dos participantes tinham outro grau académico (n=43; 38,4%); sendo que destes a maioria tinha uma Pós-graduação (n=26; 60,47%) seguindo-se os que tinham um Mestrado (n=17; 39,53%).

Em síntese da amostra constituída por 112 participantes (utilizando a percentagem válida de modo a totalizar a amostra), a maioria era do género feminino (97,25%) com estado civil de casado (58,72%), apresentavam uma média de 40,59 anos de idade, uma média 17,77 anos de exercício profissional e uma média de 9,76 anos de exercício profissional do atual serviço. Relativamente à formação académica a maioria dos participantes possuía uma especialidade (60,7%) e menos de metade dos participantes tinham outro grau académico (38,4%) em que a Pós-graduação prevalecia (60,47%).

5.2 Atividades que contribuem para a qualidade em Enfermagem

Pelo reflexo que representam dos cuidados de enfermagem, a qualidade dos mesmos deve estar implícita na preocupação de atuação diária, pelo que só por si representa um enorme desafio. São apresentados de seguida os dados relativos à aplicação da escala de perceção das atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados elaborada por Martins; Gonçalves; Ribeiro (2016), baseada nos padrões de qualidade emanados pela Ordem dos Enfermeiros. De relembrar que foram colocadas quatro questões com resposta tipo *Likert* que variava entre 1 e 4 sendo que 1 correspondia a “Nunca”, 2 “Poucas vezes”, 3 “Às vezes” e 4 “Sempre”.

Serão apresentados de seguida os dados relativos aos itens derivadas das categorias acima mencionadas, distribuídos por frequências absolutas e relativas. De notar que as frequências apresentadas derivam dos itens que obtiveram resposta sendo as repostas omissas apontadas.

Tabela 8 - Distribuição da perceção da categoria *Satisfação do Cliente*

A satisfação do cliente	Frequência									
	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Total	Omissos
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n
Satisfação do cliente a)	0	0	0	0	27	24,3	84,0	75,7	111	1
Satisfação do cliente b)	0	0	0	0	34	30,4	78	69,6	112	0
Satisfação do cliente c)	0	0	0	0	54	50,5	53	49,5	107	5

a) Os enf. demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam.

b) Os enf. procuram constantemente empatia nas interações com o cliente (doente/família).

c) Os enf. envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados.

No contexto da categoria **Satisfação do cliente** (Tabela 8) a item “*Os enfermeiros demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam*”, a resposta predominante foi “Sempre” (75,7%), seguindo-se “Às vezes” (24,3%). De notar que estas duas respostas totalizam uma frequência de 100% logo a frequência com que esta atividade é realizada é extremamente elevada. Um participante não respondeu a esta atividade.

Acerca dos enfermeiros que “*procuram constantemente empatia nas interações com o cliente (doente/família)*” 69,6% dos enfermeiros admite fazê-lo “Sempre” e 30,4% admite

faze-lo “Às vezes”. Estas duas respostas totalizam uma frequência de 100% logo a frequência com que esta atividade é realizada é extremamente elevada.

Relativamente ao item “*Os enfermeiros envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados*” a resposta predominante foi “Às vezes” (50,5%), seguindo-se “Sempre” (49,5%). De notar que estas duas respostas apresentam uma frequência semelhante e totalizam uma frequência de 100% o que sugere que a frequência com que esta atividade é realizada é elevada. Cinco participantes não responderam a esta atividade.

Tabela 9 - Distribuição da percepção da categoria *Promoção da Saúde*

A promoção da saúde	Frequência									
	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Total	Omissos
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n
A promoção da saúde a)	3	2,7	4	3,6	63	56,3	42	37,5	112	0
A promoção da saúde b)	0	0	4	3,6	62	55,4	46	41,1	112	0
A promoção da saúde c)	1	0,9	2	1,8	47	42,0	62	55,4	112	0

a) Os enf. identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade.

b) Os enf. aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis.

c) Os enf. fornecem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.

No que diz respeito à categoria **Promoção da Saúde** (Tabela 9) constatou-se que na item “*Os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família*”, a resposta maioritária foi “Às vezes” (56,3%), seguindo-se de “Sempre” (37,5%), “Poucas vezes” (3,6%) e “Nunca” (2,7%). A frequência com que esta item é realizada é muito elevada uma vez que a resposta “Às vezes” e “Sempre” representam (93,8%) dos enfermeiros.

Relativamente aos enfermeiros aproveitarem “*o internamento para promover estilos de vida saudáveis*”, 55,4% dos enfermeiros admite fazê-lo “Às vezes”, 41,1% admite fazê-lo “Sempre” e 3,6% admite fazê-lo “Poucas Vezes”. A frequência com que esta item é realizada é muito elevada uma vez que a resposta “Às vezes” e “Sempre” representam 96,5% dos enfermeiros.

No que se refere ao item “*Os enfermeiros fornecem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente*” a resposta predominante foi “Sempre” (55,4%), seguindo-se “Às vezes” (42%), “Poucas vezes” (1,8%), “Nunca” (0,9%). A frequência com que esta item é realizada é muito elevada uma vez que a resposta “Sempre” e “Às vezes” representam 97,4% dos enfermeiros.

Tabela 10 - Distribuição da percepção da categoria *Prevenção de Complicações*

A prevenção de complicações	Frequência									
	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Total	Omissos
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n
A prevenção de complicações a)	0	0	0	0	42	37,5	70	62,5	112	0
A prevenção de complicações b)	0	0	2	1,8	48	42,9	62	55,4	112	0
A prevenção de complicações c)	1	0,9	2	1,8	52	46,8	56	50,5	111	1
A prevenção de complicações d)	0	0	8	7,2	48	43,2	55	49,5	111	1
A prevenção de complicações e)	0	0	6	5,4	54	48,6	51	45,9	111	1
A prevenção de complicações f)	0	0	8	7,3	58	52,7	44	40,0	110	2
A prevenção de complicações g)	0	0	5	4,6	25	23,1	78	72,2	108	4

a) Os enf. identificam os problemas potenciais do cliente

b) Os enf. prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações

c) Os enf. avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis

d) Os enf. demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem.

e) Os enf. referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais.

g) Os enf. supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam.

h) Os enf. demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam.

Relativamente à categoria **Prevenção de Complicações** (Tabela 10) foi possível verificar que na item “*Os enfermeiros identificam os problemas potenciais do cliente*”, a resposta maioritária foi “Sempre” (62,5%), seguindo-se de “Às vezes” (37,5%). De salientar que estas duas respostas totalizam uma frequência de 100% logo a frequência com que esta item é realizada é extremamente elevada.

No que se refere ao item “*Os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações*”, “Sempre” foi a resposta que prevaleceu (55,4%), seguido de “Às vezes” (42,9%), e “Poucas vezes” (1,8%). A frequência com que esta item é realizada é muito elevada uma vez que a resposta “Às vezes” e “Sempre” representam 98,3% dos enfermeiros.

Em relação “*Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis*” a resposta predominante foi “Sempre” (50,5%), seguindo-se “Às vezes” (46,8%), “Poucas vezes” (1,8%), “Nunca” (0,9%). A frequência com que esta item é realizada é muito elevada uma vez que a resposta “Sempre” e “Às vezes” representam 97,3% dos enfermeiros. Um participante não respondeu a esta item.

Relativamente ao item “*Os enfermeiros demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem*”, “Sempre” foi a resposta maioritária (49,5%), seguindo-se “Às vezes” (43,2%), “Poucas vezes” (7,2%). A frequência com que esta

item é realizada é muito elevada uma vez que a resposta “Sempre” e “Às vezes” representam 92,7% dos enfermeiros. Um participante não respondeu a esta item.

No âmbito da item “*Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais*”, a resposta que prevaleceu foi “Às vezes” (48,6%), seguido de “Sempre” (45,9%), “Poucas vezes” (5,4%). A frequência com que esta item é realizada é muito elevada uma vez que a resposta “Às vezes” e “Sempre” representam 94,5% dos enfermeiros. Um participante não respondeu a esta item.

No que concerne a item “*Os enfermeiros supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam*”, “Às vezes” foi a resposta maioritária (52,7%), seguindo-se “Sempre” (40%), “Poucas vezes” (7,3%). A frequência com que esta item é realizada é muito elevada uma vez que a resposta “Às vezes” e “Sempre” representam 92,7% dos enfermeiros. Dois participantes não responderam a esta item.

No que se refere ao item “*Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam*”, “Sempre” foi a resposta que predominou (72,2%), seguido de “Às vezes” (23,1%), e “Poucas vezes” (4,6%). A frequência com que esta item é realizada é muito elevada uma vez que a resposta “Às vezes” e “Sempre” representam 95,3% dos enfermeiros. Quatro participantes não responderam a esta item.

Tabela 11 - Distribuição da perceção da categoria *O Bem-estar e o autocuidado*

O Bem-estar e o autocuidado	Frequência									
	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Total	Omissos
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n
Bem-estar e autocuidado a)	0	0	0	0	44	39,6	67	60,4	111	1
Bem-estar e autocuidado b)	0	0	3	2,7	61	55,0	47	42,3	111	1
Bem-estar e autocuidado c)	3	2,7	4	3,6	58	52,3	46	41,4	111	1
Bem-estar e autocuidado d)	1	0,9	2	1,8	49	44,5	58	52,7	110	2
Bem-estar e autocuidado e)	2	1,8	1	0,9	55	50,0	52	47,3	110	2
Bem-estar e autocuidado f)	0	0	7	6,4	41	37,3	62	56,4	110	2

a) Os enf. identificam os problemas do cliente que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida.

b) Os enf. prescrevem e implementam intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.

c) Os enf. avaliam as intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.

d) Os enf. demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.

e) Os enf. referenciam situações problemáticas identificadas que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.

f) Os enf. demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam.

No que concerne à categoria **Bem-estar e autocuidado** (Tabela 11), foi possível observar que na item *“Os enfermeiros identificam os problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida”* a resposta predominante foi “Sempre” (60,4%), seguindo-se “Às vezes” (39,6%). A frequência com que esta item é realizada é extremamente elevada uma vez que a resposta “Sempre” e “Às vezes” representam 100% dos enfermeiros. Um participante não respondeu a esta item.

No âmbito da item *“Os Enfermeiros prescrevem e implementam intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes”*, a resposta que prevaleceu foi “Às vezes” (55%), seguindo-se “Sempre” (42,3%), “Poucas vezes” (2,7%). A frequência com que esta item é realizada é muito elevada uma vez que a resposta “Sempre” e “Às vezes” representam 97,3% dos enfermeiros. Um participante não respondeu a esta item.

Em relação ao item *“Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes”*, a resposta dominante foi “Às vezes” (52,3%), seguindo-se “Sempre” (41,4%), “Poucas vezes” (3,6%), “Nunca” (2,7%). A frequência com que esta item é realizada é muito elevada uma vez que a resposta “Às vezes” e “Sempre” representam 93,7% dos enfermeiros. Um participante não respondeu a esta item.

Relativamente aos enfermeiros demonstrarem *“o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes”*, (52,7%) dos enfermeiros admite fazê-lo “Sempre”, (44,5%) admite fazê-lo “Às vezes”, (1,8%) admite fazê-lo “Poucas Vezes” e (0,9%) admite “Nunca” o fazer. A frequência com que esta item é realizada é muito elevada uma vez que a resposta “Sempre” e “Às vezes” representam 97,2% dos enfermeiros.

No que se refere ao item *“Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes”*, “Às vezes” foi a resposta que predominou (50,0%), seguido de “Sempre” (47,3%), “Nunca” (1,8%) e “Poucas vezes” (0,9%). A frequência com que esta item é realizada é muito elevada uma vez que a resposta “Às vezes” e “Sempre” representam 97,3% dos enfermeiros. Dois participantes não responderam a esta item.

Em relação ao item *“ Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam”*, a resposta dominante foi “Sempre” (56,4%), seguindo-se “Às vezes” (37,3%) e “Poucas vezes” (6,4%). A frequência com que

esta item é realizada é muito elevada uma vez que a resposta “Às vezes” e “Sempre” representam 93,7% dos enfermeiros. Dois participantes não responderam a esta item.

Tabela 12 - Distribuição da percepção da categoria A readaptação funcional

A readaptação funcional	Frequência									
	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Total	Omissos
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n
Readaptação funcional a)	4	3,6	6	5,4	45	40,5	56	50,5	111	1
Readaptação funcional b)	3	2,7	10	9,0	53	47,7	45	40,5	111	1
Readaptação funcional c)	2	1,8	6	5,4	54	48,6	49	44,1	111	1
Readaptação funcional d)	2	1,8	4	3,6	50	45,0	55	49,5	111	1

a) Os enf. dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem.

b) Os enf. planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade.

c) Os enf. otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito.

d) Os enf. ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.

No contexto da categoria **Readaptação funcional** (Tabela 12) verificou-se que na item “Os enfermeiros dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem” a resposta que prevaleceu foi “Sempre” (50,5%), seguindo-se “Às vezes” (40,5%), “Poucas vezes” (5,4%) e “Nunca” (3,6%). A frequência com que esta item é realizada é muito elevada uma vez que a resposta “Sempre” e “Às vezes” representam 91% dos enfermeiros. Um participante não respondeu a esta item.

No que se refere ao item “ Os Enfermeiros planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade”, “Às vezes” foi a resposta que predominou (47,7%), seguido de “Sempre” (40,5%), “Poucas vezes” (9%) e “Nunca” (2,7%). A frequência com que esta item é realizada é muito elevada uma vez que a resposta “Às vezes” e “Sempre” representam 88,2% dos enfermeiros. Um participante não respondeu a esta item.

Em relação ao item “ Os Enfermeiros otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito”, a resposta dominante foi “Às vezes” (48,6%), seguindo-se “Sempre” (44,1%), “Poucas vezes” (5,4%) e “Nunca” (1,8%). A frequência com que esta item é realizada é muito elevada uma vez que a resposta “Às vezes” e “Sempre” representam 92,7% dos enfermeiros. Um participante não respondeu a esta item.

No âmbito da item “Os enfermeiros ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional”, a resposta que prevaleceu foi “Sempre” (49,5%), seguindo-se “Às vezes” (45%), “Poucas vezes” (3,6%) e “Nunca”

(1,8%). A frequência com que esta item é realizada é muito elevada uma vez que a resposta “Sempre” e “Às vezes” representam 94,5% dos enfermeiros. Um participante não respondeu a esta item.

Tabela 13 - Distribuição da percepção da categoria A organização dos cuidados de Enfermagem

A organização dos cuidados de enfermagem	Frequência									
	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Total	Omissos
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n
Organização cuidados a)	0	0,0	8	7,1	53	47,3	51	45,5	112	0
Organização cuidados b)	0	0,0	13	11,6	58	51,8	41	36,6	112	0

a) Os enf. dominam o sistema de registos de enfermagem.

b) Os enf. conhecem as políticas do hospital.

No que concerne à categoria **A organização dos cuidados de Enfermagem** (Tabela 13), foi possível observar que na item “Os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem” a resposta predominante foi “Às vezes” (47,3%), seguindo-se “Sempre” (45,5%), “Poucas vezes” (7,1%). A frequência com que esta item é realizada é muito elevada uma vez que a resposta “Sempre” e “Às vezes” representam (92,8%) dos enfermeiros.

No que se refere ao item “Os enfermeiros conhecem as políticas do hospital”, “Às vezes” foi a resposta que predominou (51,8%), seguido de “Sempre” (36,6%) e “Poucas vezes” (11,6%). A frequência com que esta item é realizada é muito elevada uma vez que a resposta “Às vezes” e “Sempre” representam (88,4%) dos enfermeiros.

Tabela 14 - Distribuição das categorias da percepção dos padrões de qualidade

	N	Média	Mediana	dp	Min	Máx
Satisfação do cliente	106	3,64	4	0,36	3,00	4,00
Promoção da saúde	112	3,39	3	0,53	1,33	4,00
Prevenção de complicações	105	3,50	4	0,40	2,14	4,00
Bem-estar e o autocuidado	108	3,46	4	0,45	2,17	4,00
Readaptação funcional	110	3,35	3	0,62	1,00	4,00
Org. cuidados de enfermagem	112	3,32	3	0,60	2,00	4,00

(1=Nunca | 2=Poucas vezes | 3=Às vezes | 4=Sempre)

Relativamente à distribuição das categorias em estudo (Tabela 14) constatamos que estas ocorrem com uma frequência aproximada de 3 “Às vezes”. Apesar da Satisfação do cliente apresentar uma média de 3,64, a Prevenção da saúde uma média de 3,50, o Bem-

estar e autocuidado uma média de 3.46, todas revelam uma mediana igual a 4, o que sugere uma frequência de ocorrer próxima de 4 “Sempre”. Assim a Satisfação do cliente foi a categoria mais percecionada pelos participantes, seguido da Prevenção de Complicações e do Bem-estar e Autocuidado.

Em síntese os enfermeiros referiram demonstrar “sempre” respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente (75,7%), responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam com vista o bem-estar do cliente (56,4%) e o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem com vista à prevenção de complicações (49,5%) e ao bem-estar do cliente (52,7%). Mencionaram fazer “sempre” o investimento da empatia nas interações com o cliente (69,6%), a identificação de problemas potenciais do cliente (62,5%), o fornecimento de informação geradora de aprendizagem e de novas capacidades pelo cliente (55,4%), a prescrição e implementação de intervenções com vista à prevenção de complicações (55,4%), a avaliação de intervenções que contribuem para minimizar os efeitos indesejáveis (50,5%), a identificação dos problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida (60,4%), o ensino, instrução e treino do cliente requerido face à readaptação funcional (49,5%) e a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem (50,5%).

5.3 A Qualidade do serviço na perspetiva dos enfermeiros

Após a apresentação do perfil sociodemográfico e profissional dos participantes, é o momento de conhecer a sua perceção relativamente às características do seu serviço (Tabela 15). De relembrar que foram colocadas quatro questões com resposta tipo *Likert* que variava entre 1 e 4 sendo que 1 correspondia a “Nada”, 2 “Pouco”, 3 “Muito” e 4 “Muitíssimo”.

Tabela 15 - Distribuição das características do serviço

Características serviço	Frequência									
	Nada		Pouco		Muito		Muitíssimo		Total	Omissos
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n
Características a)	1	0,9	2	1,2	61	54,5	48	42,9	112	0
Características b)	2	1,8	22	19,6	65	58,0	23	20,5	112	0
Características c)	0	0	12	10,8	76	68,5	23	20,7	111	1
Características d)	11	9,9	67	60,4	30	27,0	3	2,7	111	1

a) No serviço onde trabalha os enfermeiros preocupam-se com a garantia da qualidade assistencial?

b) O serviço onde trabalha tem condições para garantir uma qualidade assistencial?

c) O gestor do seu serviço preocupa-se com a garantia da qualidade?

d) A dotação do seu serviço garante a qualidade assistencial?

No que se refere à questão *“No serviço onde trabalha os enfermeiros preocupam-se com a garantia da qualidade assistencial?”*, “Muito” foi a resposta que prevaleceu (54,5%), seguido de “Muitíssimo” (42,9%), “Pouco” (1,2%) e “Nada” (0,9%). Portanto, os enfermeiros preocupam-se bastante com a qualidade assistencial uma vez que a resposta “Muito” e “Muitíssimo” representam 97,4% dos enfermeiros.

Em relação ao item *“O serviço onde trabalha tem condições para garantir uma qualidade assistencial?”* a resposta predominante foi “Muito” (58%), seguindo-se “Muitíssimo” (20,5%), “Pouco” (19,6%) e “Nada” (1,8%). Isto sugere que os enfermeiros percecionam condições positivas do serviço para garantir a qualidade assistencial uma vez que “Muito” e “Muitíssimo” representam 78,5% das respostas. No entanto há que salientar que “Muitíssimo” e “Pouco” obtiveram frequências relativas muito semelhantes (20,5% e 19,6% respetivamente).

Relativamente à questão *“O gestor do seu serviço preocupa-se com a garantia da qualidade?”*, “Muito” foi a resposta maioritária (68,5%), seguindo-se “Muitíssimo” (20,7%) e “Pouco” (10,8%). Assim, os enfermeiros percecionam positivamente a preocupação do seu gestor uma vez que “Muito” e “Muitíssimo” representam 89,2% das respostas. Um participante não respondeu a esta questão.

No que se refere ao item *“A dotação do seu serviço garante a qualidade assistencial?”*, “Pouco” foi a resposta que prevaleceu (60,4%), seguido de “Muito” (27%), “Muitíssimo” (2,7%) e “Nada” (9,9%). Isto sugere que os enfermeiros percecionam negativamente a dotação do seu serviço uma vez que “Pouco” e “Nada” representam 70,3% das respostas. Um participante não respondeu a esta questão.

Em síntese os enfermeiros consideraram que no serviço onde trabalhavam os enfermeiros e os gestores do serviço se preocupavam “muito” com a qualidade assistencial,

que o serviço onde trabalhavam tinha “muito” boas condições para garantir uma qualidade assistencial mas acreditavam que a dotação do seu serviço garantia “pouco” a qualidade assistencial. Mais à frente serão analisadas estas questões em relação com as categorias dos padrões de qualidade.

5.5 Das características dos enfermeiros à percepção das atividades que contribuem para a qualidade

Após a análise descritiva dos dados segue-se a análise estatística não paramétrica considerando a natureza das variáveis, com o intuito de perceber e identificar se existe relação entre as características sociodemográficas dos enfermeiros, e a sua percepção das características do serviço e dos itens relativas aos padrões de qualidade. Como já mencionado foi aplicado o teste de Mann-Whitney e o Coeficiente de Correlação de Spearman a fim de comparar as variáveis em estudo. Devido à extensão da análise realizada, apenas serão apresentados os dados que apresentaram associação entre as variáveis.

Tabela 16 - Coeficiente de correlação entre as categorias dos padrões de qualidade

	1	2	3	4	5
1 Satisfação do cliente	-				
2 Promoção da saúde	,372**	-			
3 Prevenção de complicações	,573**	0,187	-		
4 Bem-estar e o autocuidado	,471**	,437**	,614**	-	
5 Readaptação funcional	,402**	,535**	,377**	,628**	-
6 Organização dos cuidados de enf	0,120	-0,084	,445**	,395**	,219*

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

Analisando a correlação entre as categorias relativas aos padrões de qualidade (Tabela 16) constatou-se que existem **correlações positivas estatisticamente significativas ($p=0,01$) e ($p=0,05$)** entre três itens, exceto em três situações: a “Satisfação do cliente” não se encontra associada à “Organização dos cuidados de enfermagem”; e a “Promoção da

Saúde” não se encontra associada com a “Prevenção de complicações” nem com a “Organização dos cuidados de enfermagem”.

Tabela 17 - Coeficiente de correlação entre as categorias dos padrões de qualidade, idade, anos de exercício profissional e anos no atual serviço

	Idade	Anos de exercício profission	Anos no atual serviço
Satisfação do cliente	-0,159	-0,094	-0,044
Promoção da saúde	-0,140	-0,148	-,257**
Prevenção de complicações	0,077	0,091	-0,019
Bem-estar e o autocuidado	-0,005	0,010	-0,049
Readaptação funcional	-0,008	-0,016	-0,063
Organização dos cuidados de enferm:	0,112	0,117	0,033

****.** A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Da correlação entre as categorias dos padrões de qualidade, idade, anos de exercício profissional e anos no atual serviço (Tabela 17) constatamos que **existe uma correlação negativa estatisticamente significativa ($p=0,01$)** entre os anos no atual serviço e a “Promoção da Saúde” ($r= -,257^{**}$).

Tabela 18 - Associação entre Promoção da saúde e estado civil

	Casado (n=64)		Solteiro (n=41)		p
	Média	dp	Média	dp	
Promoção da saúde	3,31	0,50	3,53	0,45	0,052
Os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e	3,19	0,66	3,45	0,57	0,063
Os enfermeiros aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis	3,31	0,53	3,45	0,57	0,218
Os enfermeiros fornecem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente	3,44	0,56	3,68	0,48	0,048

(1=Nunca | 2=Poucas vezes | 3=Às vezes | 4=Sempre)

(p =Mann-Whitney)

Da comparação das variáveis relativas ao padrões de qualidade apenas a categoria “Promoção da saúde” revelou **diferenças estatisticamente significativas** em função do estado civil (Tabela 18). Pode-se então dizer que existem diferenças estatisticamente significativas entre a categoria “ Promoção da Saúde” segundo o estado civil ($p=0,052$),

sendo a média superior nos participantes solteiros (média=3,53), nomeadamente no facto dos enfermeiros *fornecerem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente* ($p=0.048$) cuja média foi (média=3,68).

Tabela 19 - Associação entre categorias relativas aos padrões de qualidade e especialidade

	Com especialidade		Sem especialidade		<i>p</i>
	Média	dp	Média	dp	
Promoção da saúde	3,30	0,46	3,53	0,60	0,002
Os enf. identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade	3,16	0,56	3,48	0,76	0,001
Os enf. fornecem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente	3,44	0,53	3,64	0,65	0,020
Prevenção de complicações	3,52	0,42	3,46	0,37	0,311
Os enf. supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam	3,44	0,59	3,16	0,61	0,018
Organização dos cuidados de enfermagem	3,39	0,58	3,20	0,62	0,096
Os enf. dominam o sistema de registos de enfermagem	3,49	0,61	3,23	0,60	0,023

(1=Nunca | 2=Poucas vezes | 3=Às vezes | 4=Sempre)

(p =Mann-Whitney)

Da comparação das variáveis relativas aos padrões de qualidade em função de ter ou não a especialidade (Tabela 19) **existem diferenças estatisticamente significativas** na item “Promoção da Saúde” ($p=0,002$), nomeadamente na item “*Os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade*” ($p=0,001$) cuja média foi superior nos participantes sem especialidade (média=3,48), e na item “*Os enfermeiros fornecem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente*” ($p=0,020$) cuja média foi superior nos participantes sem especialidade (média=3,64).

Existem também **diferenças estatisticamente significativas** na item “*Os enfermeiros supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam*” ($p=0,018$) da categoria “Prevenção de complicações” cuja média foi superior nos participantes com especialidade (média=3,44).

A item “*Os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem*” relativa à categoria “Organização dos cuidados de enfermagem” demonstra a existência de **diferenças estatisticamente significativas** ($p= 0,023$), cuja média foi superior nos participantes com especialidade (média=3,49).

Tabela 20 - Coeficiente de correlação entre as características do serviço e categorias de padrões de qualidade

	Satisf. cliente	Promo. saúde	Preven. complic.	Bem Estar	Readapt. Func.	Organiz. Cuid.enf
No serviço onde trabalha os enferm. preocup. com a garantia da qualidade assistencial?	,215*	0,126	,266**	,208*	,203*	,218*
O serviço onde trabalha tem condições para garantir uma qualidade assistencial?	0,032	0,090	0,145	-0,017	-0,058	-0,022
O gestor do seu serviço preocupa-se com a garantia da qualidade?	0,000	0,071	0,140	,208*	0,134	,323**
A dotação do seu serviço garante a qualidade assistencial?	-0,065	0,000	0,034	0,047	0,030	0,056

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

Da correlação entre as características do serviço e as categorias relativas aos padrões de qualidade (Tabela 20) constatou-se que existem **associações positivas estatisticamente significativas**.

A característica do serviço *“No serviço onde trabalha os enfermeiros preocupam-se com a garantia da qualidade assistencial”* está associada à *“Satisfação com o cliente”* ($r=,215^*$); à *“Prevenção de complicações”* ($r=,266^{**}$); ao *“Bem-estar e Autocuidado”* ($r=,208^*$); à *“Readaptação funcional”* ($r=,203^*$) e à *“Organização dos cuidados de enfermagem”* ($r=,218^*$).

A característica do serviço *“O gestor do seu serviço preocupa-se com a garantia da qualidade”* está associada ao *“Bem-estar e autocuidado”* ($r=,208^*$) e à *“Organização dos cuidados de enfermagem”* ($r=,323^{**}$).

Com o intuito de encontrar resposta às questões de investigação elaboradas, podemos sintetizar afirmando: em referência à relação entre as características sociodemográficas e a percepção dos enfermeiros relativamente com os padrões de qualidade assistencial, apenas a promoção da saúde mostrou diferenças estatisticamente significativas relacionadas com o estado civil; No que se refere à relação entre as características profissionais e a percepção dos enfermeiros relativamente com padrões de qualidade assistencial, os anos de exercício profissional no atual serviço e o facto de ter ou não especialidade apontaram algumas relações nomeadamente ao nível da promoção da saúde, da prevenção de complicações e da organização dos serviços de enfermagem; No que concerne à relação entre as características profissionais e a opinião dos enfermeiros sobre as condições do serviço podemos admitir que não existe relação; Relativamente à relação entre as características

sociodemográficas e a opinião dos enfermeiros sobre as condições do serviço podemos afirmar que não existe relação; No que toca à relação entre a opinião dos enfermeiros sobre as condições do serviço com a garantia da qualidade e os padrões de qualidade podemos apontar associações com todos os enunciados dos padrões de qualidade expeto com a promoção da saúde.

5.6 Da qualidade percecionada à evidência do conhecimento

A exigência de evoluir e crescer para níveis mais precisos, perfeitos e metódicos do conhecimento em conformidade com níveis elevados de qualidade, tornou-se um verdadeiro desafio e exigência para os enfermeiros, nos últimos anos. A aplicação de métodos e planos de melhoria implica que cada instituição e cada profissional individualmente questione os modelos que orientam a ação, exigindo uma reflexão sobre a mesma, daí que a OE aos descrever os Padrões de Qualidade afirme que *“a qualidade exige reflexão sobre a prática”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001 p. 07), fomentando o interesse nos dados a seguir mencionados.

As características dos enfermeiros e o contexto de trabalho influenciam a perceção dos mesmos sobre os padrões de qualidade e para consolidar esta afirmação sucede-se de seguida um compêndio dos aspetos considerados significativos, refletindo nos mesmos e apelando a resultados de outros estudos já realizados.

O presente estudo de cariz quantitativo foi realizado com a participação de 112 enfermeiros em que ao analisar o seu perfil sociodemográfico verificou-se que a larga maioria dos enfermeiros era do sexo feminino (97,25%), apresentava o estado civil de casado (58,72%) e apesar de uma faixa etária compreendida entre os 21 e os 59 anos a média de idades situou-se nos 40,51 anos. Os dados reiteram a representação do sexo na população portuguesa dos enfermeiros no ano de 2017, em que de 71802 enfermeiros ativos na Ordem dos Enfermeiros 58934 eram do sexo feminino e apenas 12863 do sexo masculino (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Relativamente ao perfil profissional dos participantes constou-se que a média de anos de exercício profissional era de 17,77 anos e que quanto à experiência no atual serviço apresentavam uma média de 9,76 anos.

As constantes mudanças e evolução a nível da área da saúde e as exigências pessoais e sociais fazem com que seja necessária uma constante atualização e/ou formação continua pelos enfermeiros a fim de consolidar e adquirir novos conhecimentos e técnicas. Assim a enfermagem encontra na investigação e na educação o rigor técnico e científico indispensáveis ao cuidados de excelência que pretende prestar ao cliente, tornando-se a formação um dos elementos determinantes da qualidade (Hesbeen, 2001).

Em relação às habilitações literárias a maioria dos participantes tinha uma especialidade (60,71%), o que segue a orientação descrita no regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, em que *“O enfermeiro adota uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas”* (Ordem dos Enfermeiros, 2012 p. 23).

O facto de haver uma grande percentagem de enfermeiros especialistas (60,71%) demarca a importância no seu investimento para a visibilidade científica e social da enfermagem além de que o título de especialista *“reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015 p. 99).

Os enfermeiros reconhecem a necessidade de práticas e esforços conjuntos numa instigação ao cuidado de excelência e a aproximação à qualidade dos mesmos. Essa necessidade implica o envolvimento dos enfermeiros na implementação de diretrizes e planeamento de possíveis e necessárias mudanças, de modo a visar uma melhoria dos cuidados prestados (Marquis, et al., 2010). Neste sentido, 97,4% dos participantes do estudo consideraram que os enfermeiros se preocupavam bastante com a garantia da qualidade assistencial do seu serviço.

No seguimento destes dados realçamos a associação positiva entre a preocupação dos enfermeiros com a garantia da qualidade assistencial e todas as categorias dos padrões de qualidade, expeto com a *“promoção da saúde”*. Isto denota o esforço de todos os enfermeiros no caminho para uma qualidade assistencial em praticamente todos os domínios dos cuidados.

As características do serviço influenciam a qualidade dos cuidados prestados e a cláusula 5 da norma ISO 9001:2015 reforça os requisitos relacionados às ações de apoio para a implementação e manutenção dos sistemas de qualidade, especificando que as

organizações carecem de estabelecer e providenciar as pessoas e recursos materiais necessários para a ação e controlo dos processos e para a concreta efetivação do sistema da qualidade (Carpinetti, 2016).

Relembrando Donabedian, devem-se considerar três aspetos na discussão da monitorização e promoção da qualidade, entre os quais a “estrutura” que se refere às condições sob as quais os cuidados e serviços são providenciados – equipamentos, materiais, recursos humanos e características organizacionais (Donabedian, 2003).

Cabe às instituições de saúde *“adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade. Neste contexto, as instituições de saúde desenvolvem esforços para proporcionar condições e criar um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001 p. 07).

Tendo em conta estas diretrizes, no presente estudo 77,6% dos enfermeiros percecionaram positivamente as condições do seu serviço para garantir a qualidade assistencial. O facto de a instituição ser relativamente recente pode ser favorável na justificação da percentagem obtida. No entanto pelas respostas alcançadas podemos presumir que os enfermeiros mudariam alguns aspetos funcionais ou materiais do serviço uma vez que 19,6% dos participantes consideraram que o serviço tinha poucas condições para garantir uma qualidade assistencial.

A gestão de Recursos Humanos integra uma faceta importante da qualidade dos cuidados uma vez que influencia a competitividade, os processos de mudança necessários a aplicar e consequentemente o clima organizacional (Machado, et al., 2014).

Needleman et al. (2002) realizaram um estudo em 799 hospitais nos EUA, num total de 6 180 628 pacientes, onde pretenderam demonstrar a relação entre a quantidade de cuidados prestados pelos enfermeiros no hospital e a qualidade do atendimento traduzindo-se nos resultados dos clientes. Constataram que nos serviços onde existia uma correta proporção de competências e uma maior proporção de horas de cuidados de enfermagem por dia de internamento, havia uma associação a internamentos mais curtos, menores taxas de paragens cardíacas e a menores efeitos adversos como infeções (Needleman, et al., 2002). Neste sentido são preocupantes os dados obtidos no presente estudo onde 70,3% dos enfermeiros percecionam negativamente a dotação do seu serviço, mencionando que a dotação do seu serviço garante pouco ou nada a qualidade assistencial. Para reforçar esta ideia, o *Royal College of Nursing* reconhece que níveis de profissionais de enfermagem fazem a diferença nos resultados obtidos dos clientes (tais como mortalidade

e eventos adversos), experiência do cliente, qualidade do atendimento e eficiência dos cuidados prestados (Royal College of Nursing, 2010).

Apresenta-se como necessário um comprometimento por parte das instituições e um papel bastante proactivo dos enfermeiros chefes a fim de gerenciar estas situações, demonstrar a sua necessidade e propiciar a sua visibilidade. É fundamental que um enfermeiro chefe determine a disponibilidade quantitativa e qualitativa apropriada às necessidades diárias e às necessidades das metas propostas pela organização (Marquis, et al., 2010). Apesar da influência dos enfermeiros gestores na dotação dos serviços é de notar que 89,2% dos participantes percecionaram positivamente a preocupação do seu gestor com a garantia da qualidade, o que se pode justificar sob o pensamento de Hesbeen (2001) acerca da missão principal do chefe ser a de se interessar pelos seus profissionais e de lhes oferecer as melhores condições possíveis para exercerem a profissão com satisfação.

Apesar dos enfermeiros apresentarem uma opinião bastante positiva acerca da preocupação do seu gestor com a qualidade assistencial, os resultados demonstraram apenas associações (positivas) entre esta item e as categorias dos padrões de qualidade “Bem-estar e autocuidado” e “Organização dos cuidados de enfermagem”, o que fica aquém do estipulado na cláusula 5 da ISO:2015, onde são esplanadas as responsabilidades da liderança, que indicam que os gestores devem providenciar visíveis sinais de liderança e envolvimento e participação com o sistema de gestão de qualidade (Carpinetti, 2016).

A utilização da escala denominada “*Escala de Percepção das atividades de Enfermagem que contribuem para a qualidade de cuidados (EPAECQC)*” elaborada por Martins et al, em 2013, baseada nos padrões de qualidade emitidos pela OE, proporcionou conhecer as percepção dos enfermeiros em relação às atividades que contribuem, suportam e favorecem a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Os resultados obtidos possibilitaram demonstrar que, na sua maioria, os enfermeiros executam “às vezes” ou “sempre” as itens inerentes de cada uma das categorias referentes aos padrões de qualidade emanados pela OE: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem.

Em relação ao item **Satisfação do Cliente**, os cuidados de enfermagem integram uma grande item física devido aos procedimentos técnicos necessários a realizar, no entanto

não podemos esquecer os aspetos humanos e emocionais do cuidar que devido à subjetividade individual acarretam um desafio aos enfermeiros, que o podem e devem ultrapassar através da comunicação e empatia, consolidando o vínculo afetivo e melhorando a relação interpessoal com o cliente e/ou família, sendo este um dos aspetos mais valorizados pelo cliente (Freitas, et al., 2016). De facto na nossa amostra 75,7% dos enfermeiros referiram que demonstram “sempre” respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente e 69,6% procuram “sempre” empatia nas interações com o cliente (doente/família).

Não é demais esquecer o envolvimento da família ou pessoas significativas no processo de cuidar, incentivando à participação do cliente e seus cuidadores nas tomadas de decisão, o que favorece o respeito pela sua autonomia, crenças e capacidades (Basto, 2012). De facto, apenas 49,5% dos enfermeiros que participaram no estudo consideraram que envolvem “sempre” os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados, fazendo com que esta item não seja realizada de forma sistemática. É importante esclarecer e reconhecer quando o cliente necessita deste apoio, pois a satisfação do cliente pode ser induzida pelas atitudes dos enfermeiros sobre a possível inclusão das famílias nos cuidados de enfermagem, ato que se tem demonstrado como uma componente crucial nas novas dinâmicas dos cuidados (Mesquita, et al., 2007).

De notar que a categoria “satisfação do cliente” obteve todas as respostas de “às vezes” e “sempre”, tornando-se a item percecionada como mais executada. Isto vem ao encontro da exploração da definição de qualidade, que indica que os programas de melhoria da qualidade se regulam primordialmente pelo grau de satisfação do cliente (Mezomo, 2001), expondo Saraiva, et al. (2009) que a qualidade deve ser encarada conjuntamente como a conformação aos critérios e parâmetros e às necessidades e expetativas dos clientes com vista à sua satisfação.

Não obstante estes resultados de si bastante positivos, foi possível identificar que a categoria “satisfação do cliente” não se encontra associada à categoria “organização dos cuidados de enfermagem”. Esta observação vai contra todas as indicações que demos da satisfação do cliente ser um derradeiro indicador da qualidade em saúde, acrescentando Freitas, et al. (2016) ser uma característica peculiar da qualidade dos cuidados de enfermagem. Os mesmos autores referem ainda especificações comuns entre o conceito de satisfação dos clientes e as competências técnicas, relacionais e comunicacionais do profissional, assim como a continuidade/organização dos cuidados (Freitas, et al., 2016).

A **Promoção da Saúde** tem sido uma área com grande destaque na enfermagem a nível nacional, sendo reconhecida como o *“processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”* (Heidmann, et al., 2006 p. 353). São notórias as ações estratégicas dos enfermeiros a fim de promover a autonomia dos cuidados prestados para que a promoção em saúde possa ser vista como resultante das condições de vida de cada um (Heidmann, et al., 2006). No entanto, apenas 37,5% dos enfermeiros referiu que identificam “sempre” as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade e apenas 41,1% mencionaram que aproveitam “sempre” o internamento para promover estilos de vida saudáveis, o que sugere que não o fazem de forma sistemática, o que corrobora os resultados obtidos por Freire, et al. (2016), onde estas itens também apresentam fragilidades.

Segundo Campos (2010) o *empowerment* do cliente tem sido salientado como um fator de melhoria na gestão da doença, na utilização de serviços de saúde, na melhoria da saúde e da qualidade de vida. Com este pensamento em mente 55,4% dos enfermeiros referiram fornecer “sempre” informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades. Estes resultados corroboram em parte os dados do estudo de Costa, et al., (2004) que demonstraram no que ainda existe uma cultura voltada para os cuidados curativos que orienta a prática e o conhecimento de enfermagem, distanciando esta disciplina das ações de promoção da saúde.

Dos resultados obtidos foi possível verificar uma correlação negativa estatisticamente significativa entre os anos de exercício profissional no atual serviço e a promoção da saúde. Estes resultados corroboram os resultados obtidos por Ribeiro, et al. (2016) em que concluíram que quanto maior o tempo de serviço dos enfermeiros, menor era o tempo de prestação de cuidados, no estudo acerca da contabilização do tempo de cuidados de enfermagem prestados diretamente aos doentes.

Sendo a prevenção de complicações, um ato referente aos potenciais problemas do cliente, incluindo os seus fatores de risco intrínsecos ou extrínsecos, o papel do enfermeiro é crucial (Freire, et al., 2016). O objetivo da prevenção de complicações é evitar o surgimento das mesmas ou da própria doença, enquanto a promoção da saúde objetiva fundamentalmente exponenciar o potencial positivo de saúde do cliente (Sucupira, et al., 2003). Logo, é seguro afirmar que ambas as categorias se complementam. Porém tornam-se incompreensíveis os resultados obtidos que apontam para uma não associação entre a

promoção da saúde com a prevenção de complicações e a organização dos cuidados de saúde.

Os dados apontaram diferenças estatisticamente significativas entre a promoção da saúde e o estado civil de “solteiro”. No entanto não foram encontrados estudos que corroborassem tal facto.

Relativamente ao item **Prevenção de Complicações** os enfermeiros maioritariamente mencionaram realizar “sempre” a identificação dos problemas potenciais do cliente (62,5%), a prescrição e implementação de intervenções (65,4%), a avaliação de intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis (50,5%), a demonstração do rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem e a demonstração de responsabilidade pelas decisões que tomam (49,5%), pelos atos que praticam e que delegam (72,2%). Os resultados obtidos sugerem que os enfermeiros previnem complicações de forma sistemática, contrariando os resultados obtidos por Freire, et al. (2016), onde os enfermeiros demonstraram não realizar estas itens tão pontualmente.

Relativamente aos resultados mencionados nas categorias Promoção da Saúde e Prevenção de Complicações, estes vão ao encontro do preconizado pela Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020 que instigou aos serviços de saúde o desafio de integrarem e englobarem as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças (da mesma forma que o fazem para os cuidados curativos, de reabilitação e paliativos) num quadro de melhoria contínua da qualidade e da segurança (Despacho n.º 5613/2015). Além disso, o comportamento e a competência de cada profissional carecem de estar relacionados com o grau de consciência que cada um tem da sua responsabilidade. Responsabilidade é responder perante alguém, ou seja, pelos seu atos. Um profissional apenas consegue responder pelos seus atos diante das pessoas de quem cuida diariamente se assumir a sua responsabilidade moral, pois esta conduz à acção (Hesbeen, 2001).

A capacidade de cuidar de si mesmo é uma condição e exigência para uma promoção da saúde bem-sucedida (Abreu, 2011), logo o bem-estar e autocuidado devem ser tomados como importantíssimos na atuação dos enfermeiros. Quanto à categoria **Bem-estar e autocuidado** maioritariamente os enfermeiros identificaram “sempre” os problemas do cliente (60,4%), demonstraram o rigor técnico/científico na implementação das

intervenções de enfermagem e demonstraram responsabilidade pelas decisões que tomam (52,7%), pelos atos que praticam e que delegam (56,4%). No entanto reconheceram que, apenas “às vezes” prescrevem e implementam (55%) e avaliam (52,3%) as intervenções. Os resultados sugerem que os enfermeiros não realizam de forma sistemática esta categoria, no entanto os resultados vão ao encontro da investigação de Ribeiro (2017), que identifica o reconhecimento dos participantes do seu estudo perante a não concretização constante da prescrição e avaliação de resultados das intervenções implementadas.

Sendo a comunicação intra e interdisciplinar fulcral, apenas 47,3% dos participantes admitiram referenciar “sempre” situações problemáticas identificadas que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes. Yuri, et al. (2010) no seu estudo descritivo-exploratório com objetivo de analisar a qualidade assistencial de enfermagem num serviço hospitalar também identificaram a comunicação entre profissionais de saúde como uma lacuna na qualidade assistencial, concordando os participantes que isso prejudicou a assistência aos clientes.

Sobre a **Readaptação funcional** apenas 40,5% dos participantes admitiram planejar “sempre” a alta dos clientes internados de acordo com as suas necessidades e os recursos da comunidade e 9% admitiu fazê-lo “poucas vezes”. Pompeo, et al. (2007) no seu estudo qualitativo e descritivo com a finalidade de conhecer a atuação do enfermeiro na preparação da alta hospitalar reconhecem fragilidades por parte dos enfermeiros neste âmbito, mencionando muitas vezes a ausência do enfermeiro, a burocracia e atividades administrativas do processo da alta, o não envolvimento das pessoas significativas do cliente e o não planeamento antecipado da alta que gera demasiadas orientações e informações apenas no dia da alta.

Basto (2012) refere no seu estudo que o momento da alta e o ensino ao doente e família são preocupações constantes nos enfermeiros, no entanto são tarefas vividas com alguma tensão mencionando a falta de comunicação da alta ao enfermeiro por parte do médico, a pressão da instituição devido a protocolos institucionais e a falta de camas e as dificuldades percebidas com a família que apenas no momento da alta se apercebe do que terá que fazer e coloca entraves à situação, pelo que se justifica que no presente estudo apenas 50,5% dos enfermeiros refira dar “sempre” continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem.

É imperativo que o enfermeiro identifique o mais cedo possível a situação do cliente, avalie as suas necessidades, prepare o cliente e família com planos de ensino de modo a garantir uma alta precoce e com sucesso, a fim de evitar dificuldade e possíveis re-

internamentos (Basto, 2012). Neste sentido, no presente estudo 49,5% dos enfermeiros ensinam, instruem e treinam “sempre” o cliente face à readaptação funcional. Estes dados contrariam os resultados obtidos por Ribeiro (2017), onde os enfermeiros maioritariamente executavam esta item “às vezes”.

A OMS aponta uma inadequada ou deficitária adesão ao regime terapêutico como um problema de saúde público, uma vez que complica o controlo de doenças (Abreu, 2011), logo é preocupante que 48,6% dos participantes admitam que “às vezes” otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito e 5,4% admitam fazê-lo “poucas vezes”. Abreu (2011) relembra que esta é uma das responsabilidades centrais dos profissionais de saúde, sendo necessário averiguar e explorar que fatores podem afetar todo este processo, nomeadamente na tomada de decisão e comportamento dos clientes no assunto.

Estes resultados sugerem que os enfermeiros não realizam de forma sistemática a readaptação funcional indo ao encontro dos resultados obtidos por Ribeiro (2017), que menciona a oposição do que é sugerido na teoria e que os enfermeiros executam na prática da readaptação funcional do cliente.

Os registos de enfermagem devem respeitar a natureza dos cuidados, uma vez que são o reflexo da representação dos mesmos (Hesbeen, 2001). No âmbito da categoria **organização dos cuidados de enfermagem**, 47,3% dos enfermeiros admitiram que apenas “às vezes” dominam o sistema de registos de enfermagem. Isto vem ao encontro do estudo de Yuri, et al. (2010) que concluíram que apesar de ser possível alcançar o conhecimento da qualidade assistencial através dos registos de enfermagem, estes não são executados corretamente, encontrando na sua investigação registos incompletos e fragmentados. Marinis, et al., (2010) apresenta algumas justificações para tais acontecimentos como o excesso de burocracia, registos difíceis e demorados de preencher e efetivar e pobre rácio enfermeiro-cliente (Marinis, et al., 2010), factos que não se conseguem observar e comprovar no presente estudo.

Os resultados obtidos relativos aos registos de enfermagem são preocupantes uma vez que essa informação além de assegurar uma continuidade de cuidados, torna-se um requisito fundamental para a tomada de decisão baseada em evidência, para a produção de conhecimento, para a produção de indicadores de qualidade e para a definição de ações estratégicas em saúde (Pereira, 2009).

Deve haver coerência entre a missão de uma instituição e o modo como se transmite e se concretiza essa missão através dos comportamentos dos profissionais de saúde

(Hesbeen, 2001), no entanto apenas 36,6% dos participantes do estudo admitiram ter “sempre” conhecimento das políticas do hospital, e 11,7% “poucas vezes”. Estes dados vão ao encontro dos resultados obtidos por Ribeiro (2017), em que os participantes não realizavam esta item de forma sistemática. No seu estudo Serrano, et al., (2011) indicam que a organização dos cuidados de saúde se relaciona por processos de supervisão em que o enfermeiro chefe se torna o elemento de referência no conhecimento das políticas da organização, pelo que se trata de um dado a ter em conta na conducta dos enfermeiros chefes da instituição onde se desenvolveu o estudo.

As competências dos enfermeiros especialistas sucedem e completam o conjunto de domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, independentemente da área de especialidade. Essas competências abraçam *“as itens da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem”* (Regulamento n.º 122/2011 p. 8648). Neste sentido não são preocupantes os dados relativos às diferenças estatisticamente significativas encontradas entre as categorias e itens dos padrões de qualidade e ter ou não especialidade. A verdade é que devido às especificações das competências atribuídas ao título de especialista se poderia esperar um aumento das relações dos itens com o facto de possuir especialidade, o que de facto não se verificou expeto em duas itens (*“Os enfermeiros supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam”* em função da prevenção de complicações e *“Os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem”*). Podemos assim pensar em duas situações: os bons cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros que não detêm especialidade (o que denota preocupação, envolvimento e motivação), e o desânimo dos enfermeiros especialistas perante o não reconhecimento profissional, legal e monetariamente pelo seu título de especialista.

Uma prática de cuidados de qualidade é aquela que é dirigida aos profissionais que cuidam, ao cliente que os procuram, aos gestores que definem com as suas orientações e a as suas opções as condições necessárias à melhoria da qualidade dos cuidados oferecidos. Requer preocupação com o respeito pela pessoa, e uma utilização lógica e racional dos diversos recursos disponíveis, de forma a promover a reflexão sobre as exigências inerentes à prática de cuidados de enfermagem que se pretendem que sejam de qualidade (Hesbeen, 2001).

De facto, houve alguns resultados mais surpreendentes a refletir que ressaltaram do estudo: apenas 49,5% dos enfermeiros consideraram que envolvem “sempre” os conviventes significativos do cliente no processo de cuidados; apenas 37,5% dos enfermeiros identificaram “sempre” as situações de saúde chamando a atenção para os 3,6% que responderam “poucas vezes” e os 2,7% “nunca”; apenas 40% dos enfermeiros supervisionam as atividades de enfermagem incluindo as que delegam sendo que 7,3% refere fazê-lo “poucas vezes”; apenas 41,4% dos enfermeiros avaliam as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes, onde 3,6% admite fazê-lo “poucas vezes” e 2,7% “nunca”; apenas 40,5% dos participantes referiu planejar “sempre” a alta do cliente de acordo com as suas necessidades sendo que 9% referiu fazê-lo “poucas vezes” e 2,7% “nunca”; 47,3% dos participantes mencionaram dominar os registos de enfermagem “às vezes” em que 7,1% o faz “poucas vezes”; as políticas do hospital eram conhecidas “sempre” apenas por 36,6% dos enfermeiros e 11,6% admitia conhecê-las “poucas vezes”.

CONCLUSÃO

A qualidade retrata um fenómeno de exponencial relevância e preocupação na área da saúde, conduzindo a enfermagem, ao constante acompanhamento dessa tendência. No entanto, devido à forte subjetividade da sua significância, prestar cuidados de saúde de qualidade envolve um conjunto de estratégias e processos bem definidos e estruturados.

A investigação em enfermagem objetiva além de outros pontos a tomada de decisão baseada em evidência, a mudança de práticas e comportamentos e a procura de responder às necessidades em saúde. Assim, espera-se que a informação gerada com o estudo de investigação que descrevemos seja passível de ser reconhecida como válida a fim de gerar uma reflexão suficientemente adequada de influenciar a prática profissional dos enfermeiros.

A Enfermagem sendo caracterizada por muitos como a arte do cuidar, engloba além de conhecimentos técnicos e científicos, toda uma relação interpessoal em que todos os cuidados de enfermagem prestados integram um modelo holístico em que cada pessoa é uma preocupação individualizada, dotada da sua dignidade humana e das suas escolhas de vida. Integrar o cliente e cuidadores nos seus cuidados de saúde acaba por ser uma realidade diferenciadora que tem evoluído nos cuidados de enfermagem.

Na busca da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, a OE definiu um conjunto de “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, que devem orientar os enfermeiros a agir de acordo com princípios de excelência.

Na sua prática clínica o enfermeiro gestor apresenta-se como o profissional que se encontra em melhores condições de identificar as necessidades do cliente, da sua equipa de enfermagem e de reconhecer o impacto que os cuidados de enfermagem podem ter nos ganhos em saúde. As suas responsabilidades passam além da liderança de uma equipa e da garantia de resposta às necessidades dos clientes, por projetos de melhoria contínua dos serviços, por processos de formação contínua da sua equipa e por processos contínuos de avaliação e desempenho. No desenrolar das suas funções dirigidas à qualidade, suporta também a gestão de materiais e de recursos humanos, lida com o controlo de custos e a área financeira assim como monitoriza todo um serviço.

A Qualidade assistencial e os cuidados seguros e de excelência ao serem considerados uma prioridade para todos os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros, exige destes esforço, compromisso e dedicação e exige das organizações de saúde condições ideais para a efetivação desses cuidados, quer a nível de condições físicas, materiais, de recursos humanos e mesmo motivacionais. Os enfermeiros gestores acabam por ter neste departamento um papel fundamental, desde identificarem e alertarem para situações de risco, assim como planearem e implementarem mudanças estratégicas até ao despertar das consciências e ações dos enfermeiros das suas equipas para a responsabilidade de prestarem cuidados de enfermagem com qualidade. Têm também um papel ativo ao encorajar vínculos de ligação entre a organização e os clientes. O enfermeiro gestor surge assim como um condutor e intermediário da qualidade dos cuidados de enfermagem. Tal como a gestão na saúde, os enfermeiros gestores devem adaptar-se às constantes mudanças gerenciais fazendo face às exigências sociais, tecnológicas, economicistas e políticas.

Cabe aos enfermeiros o estabelecer de prioridades, a tomada de decisão, o planeamento estratégico, a implementação de ações e a sua avaliação de modo contínuo, concreto, efetivo e responsável de modo a induzir no cliente um desenvolvimento pessoal e social com vista a atingir melhor saúde. O empenhamento na melhoria da qualidade requer dos enfermeiros uma elucidação e articulação entre o que estes fazem e o impacto das suas ações nos resultados e ganhos em saúde. A necessidade de evolução organizacional entende a perceção da necessidade de mudança e reformulação dos atos mas encontra o seu maior desafio na forma de o fazer. Daí que a reflexão a partir da ação e consequente planeamento e avaliação forneçam um processo dinâmico de novas perspetivas de conhecimento que integram o ciclo da melhoria da qualidade.

O presente estudo objetivou o conhecimento da perceção dos enfermeiros em relação às características e atividades do seu serviço relacionando as atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados. Verificou-se que “Sempre” e “Às vezes” foram as respostas maioritárias aos itens dos padrões de qualidade.

Os resultados evidenciaram que os enfermeiros se preocupam com a qualidade do seu serviço e percecionam o enfermeiro gestor preocupado com a qualidade assistencial. Apesar de percecionarem condições positivas a nível das condições do serviço, denotam uma grande preocupação nomeadamente a nível de recursos humanos, uma vez que

explicitaram uma grande percentagem negativa em relação à dotação de enfermeiros do seu serviço.

As características sociodemográficas não demonstraram grande relação com a perceção dos enfermeiros relativamente aos padrões de qualidade. Apenas a Promoção da Saúde mostrou ser mais percecionada e efetivada pelos solteiros, o que a nível de literatura não se encontrou justificação para tal.

As características profissionais não influenciaram a perceção dos enfermeiros sobre os padrões de qualidade. Não se encontrou nenhuma relação entre os anos de exercício profissional e a perceção dos enfermeiros. Os anos de exercício profissional no atual serviço apenas mostraram uma correlação negativa estatisticamente significativa com a promoção da saúde. Apesar da maioria dos participantes ser detentor de uma especialidade apenas foi encontrada relação entre esse fator e um item da prevenção de complicações e um item da organização dos cuidados de enfermagem.

A satisfação do cliente surgiu como a categoria dos padrões de qualidade mais percecionada pelos enfermeiros, seguido da Prevenção de Complicações e do Bem-Estar e Autocuidado.

A gestão de qualidade de um serviço assenta na conceção de climas organizacionais onde se identificam necessidades e propiciam possibilidades de melhoria. Resultante dos resultados obtidos neste estudo os enfermeiros gestores da instituição obtêm dados (nomeadamente os a seguir indicados) de forma a refletirem sobre potenciais processos de gestão e de modificar hábitos da sua equipa de enfermagem a fim de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Possibilidade de fornecer formação de temas específicos aos enfermeiros da instituição surge como uma vantagem da realização deste estudo.

Apesar da importância dada à reorganização da autonomia do cliente, da preparação atempada e eficiente da alta, da integração e preparação do prestador de cuidados, assim como a gestão do regime terapêutico, verificámos que ainda existem algumas falhas relativamente à aplicação e reflexão deste conhecimento baseado na evidência. A verdade é que há um esforço para envolver o cliente e a família nos cuidados prestados mas tal ainda não se encontra totalmente enraizado nas ações dos enfermeiros da instituição.

O processo de documentar faculta além de informação documental legal a continuidade de cuidados, pelo que os enfermeiros gestores da instituição devem refletir nos resultados obtidos, de forma a melhora-los de modo a que funcionem como indicadores de resultado e contribuam para uma gestão eficiente do serviço.

O conhecimento das políticas da instituição, a referência de situações problemáticas, a supervisão de intervenções delegadas, a avaliação de intervenções e a identificação de situações de saúde e recursos do cliente deveriam ser outras estratégias a ser melhoradas e aperfeiçoadas pelos enfermeiros gestores para que a sua equipa rume aos cuidados de qualidade.

A gestão em enfermagem apresenta uma tendência para o desenvolvimento profissional que se desenvolve e aperfeiçoa com a formação dos enfermeiros, sendo que os enfermeiros gestores poderiam amenizar os resultados menos positivos resultantes do estudo com a potencialização de formações sejam de serviço ou académicas.

Resumindo as áreas relativas à promoção da saúde, da readaptação funcional e à organização dos cuidados de enfermagem carecem de especial atenção na instituição do estudo. A dotação dos serviços foi um item bastante expressivo de preocupação pelos enfermeiros, sendo um dado que os enfermeiros gestores deveriam ter em conta para a gestão de qualidade do seu serviço.

Face à elaboração do estudo poderá dizer-se que seria importante a aplicação da *Escala de Perceção das atividades de Enfermagem que contribuem para a qualidade de cuidados (EPAECQC)* a outros serviços de enfermagem para termos de comparação, assim como um estudo real acerca das necessidades de dotações seguras de enfermeiros e do impacto do trabalho dos especialistas nos resultados em saúde. Poderia também ser benéfico a elaboração de outros estudos relativos ao projeto de padrões de qualidade da OE, uma vez que a premissa de qualidade de encontra cada vez mais enraizada nos cuidados de saúde.

Melhorar continuamente o exercício profissional e apresentar cuidados com níveis elevados de qualidade são sem dúvida dois aspetos importantíssimos na ação dos enfermeiros. Assim, resta esperar que cada um dê o melhor de si, para que o sentimento de pertença e de produção de um bem de qualidade seja transversal a toda a organização. O aumento de uma maior responsabilidade perante a nossa profissão, passa por um dia podermos ser nós os profissionais e noutro dia podermos ser o cliente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, Wilson. *Transições e contextos multiculturais contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais.* 2ª Ed. s.l. : Formasau - Formação e Saúde Lda, 2011. 978-989-8269-13-3.

Barbosa, Luciana e Melo, Márcia. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev. Brasileira Enfermagem.* [Online]. Maio-Jun 2008. Vol.62, n.º2, pp 366-70. [Consult: 08 Dez 2017.] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a15v61n3.pdf>.

Basto, Marta Lima. *Cuidar em enfermagem: saberes da prática.* Coimbra : Formasau e Saúde Lda, 2012. 978-989-8269-19-5.

Campos, Luis, Saturno, Pedro e Carneiro, António Vaz. *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: a qualidade dos cuidados e dos serviços.* [Online] 2010. [Citação: 11 Dez 2017.] <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>.

Carpinetti, Luiz Cesar. *Gestão da qualidade: conceitos e técnicas.* São Paulo : Atlas, 2016. 978-85-970-0391-8.

Carvalho, José Eduardo. *Gestão de empresas: princípios fundamentais.* 3ª ed. Lisboa : Edições Sílabo, 2014. 978-972-618-752-3.

Chalupowski, Malgorzata Nabialczyk. Tracking the origins, defining and quantifying quality of care: Can we reach a consensus? *J Hum Growth Dev.* [Online] Jun 2016., vol. 26, n.º2, pp.133-38 [Consult: 16 de Dez de 2017.]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/119237>.
<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/119237>.

CHP. Centro Hospitalar do Porto. [Online] CHP, 2018. [Citação: 03 de Agos de 2018.] <http://www.chporto.pt/ver.php?cod=0A>.

Costa, Maria Suêuda e Silva, Maria Josefina. Tendências da temática qualidade de vida na produção científica de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* [Online] mar/abr de 2004. [Citação: 23 de Out de 2018.] <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a15v57n2.pdf>.

Decreto - Lei n.º 248/2009. Diário da República. *I série.* N.º 184 (09-09-22), pp 6761-65.

Decreto - Lei n.º 188/2003. Diário da República. *I série-A.* N.º 191 (03-08-20), pp 5219-30 .

Decreto-lei n.º 247/2009. Diário da República. *I série*. N.º 184 (09-09-22), pp. 6758-61

Decreto-Lei n.º 248/2009. Diário da República. *I série*. N.º 184 (09-09-22), pp 6761-65.

Despacho n.º 5613/2015. Diário da República. *2.ª série*. N.º 102 (15-05-27), pp 13550-53.

Direção Geral da Saúde. 2009. *Programa Nacional de acreditação em saúde*. [Online] 2009. [Consult: 10 de Nov de 2017.]. Disponível em: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/acreditacao_-_brochura_-_modelo-de-acreditacao-do-ministerio-da-saude-pdf.aspx.

Donabedian, Avedis. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York : Oxford University Press, 2003. 978-0-19-515809-0.

Fortin, Marie Fanie, Côté, José e Fillion, Françoise. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. S.L. : Lusodidacta, 2009. 978-989-8075-18-5.

Fradique, Maria Jesus e Mendes, Luis. Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. [Online] Julho 2013, vol. 3, nº10, pp 45-53. [Consult: 14 Dez 2017.]. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=df4aaa08-961f-419b-905f-56b9ab93a5d6%40sessionmgr4008>.

Freire, Rosa Maria, et al. Um olhar sobre a promoção da saúde e a prevenção de complicações: diferenças de contextos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Online] 2016, vol. 24, pp. 1-9 [Consult: 04 09 2018.]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/124907/121760>.

Freitas, Juliana Santana, Silva, Ana Elisa e Minamisava, Ruth. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Online] Maio-Junho 2014, vol. 22, nº3, pp 454-60. [Consult: 06 Agosto 2017.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf.

Freitas, Maria João, Parreira, Pedro Miguel e Domingues, João Paulo. Avaliação das propriedades psicométricas da Escala Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem no Hospital. *Revista Enfermagem Referência*. [Online] Julho-Set 2016, vol. 4, nº10, pp. 9-17. [Consult: 14 Set 2018.]. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=25&sid=c1a9cba4-5f8a-4c31-abcf-9fbedc28bf55%40sessionmgr102>.

Gomes, Paulo. A evolução do conceito da qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação. *Cadernos Bad 2*. [Online] 2004, pp.6-18. [Consult: 03 Nov 2017.]. Disponível em: <https://www.bad.pt/publicacoes/index.php/cadernos/article/view/826/825>.

Heidmann, Ivonete T., Almeida, Maria Cecilia e Boehs, Astrid Eggert. Health promotion: historic trajectory of its conceptions. *Rev. Texto Contexto Enferm.* [Online] Abr-Jun de 2006, vol. 15, nº2, pp. 352-8. [Consult: 29 Nov 2017.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2.pdf>.

Hesbeen, Walter. *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. S.l. : Lusociência, 2001. 972-8383-20-7.

Lei n.º 27/2002. Diário da Republica... I Série-A. Nº 258 (02-11-08), pp7150-54 .

Longo, Rose Mary Juliano. *Gestão da Qualidade: Evolução Histórica, Conceitos Básicos e Aplicação na Educação*. [Online] Jan de 1996. [Citação: 29 de Out de 2017.] http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0397.pdf.

Lopes, Lúcia Marlene e Santos, Sandra Maria. Florence Nightingale – Apontamentos sobre a fundadora da enfermagem moderna. *Revista de Enfermagem Referência*. [Online]. Agosto 2010, vol.3, nº2, pp.181-89. [Consult: 29 Fevereiro 2018.] Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn2/serIIIIn2a19.pdf>.

Lopes, Manuel. *Enfermagem de Nightingale: aos dias de hoje 100 anos*. Coimbra : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012. 178-989-97031-0-0.

Machado, Artur Rocha, Machado, Dina Maria e Portugal, Miguel Nuno. *Organizações: introdução à gestão e desenvolvimento das pessoas*. Lisboa : Escolar Editora, 2014. 978-972-592-414-3.

Malagutti, William e Caetano, Karen Cardoso. *Gestão do serviço de enfermagem no mundo Globalizado*. Rio de Janeiro : Editora Rubio, 2009. 978-85-7771-054-6.

Marinis, Maria Grazia De, Piredda, Michela e Pascarella, Maria Chiara. If it is not recorded, it has not been done!?' consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*. [Online] 2010, vol. 19, nº11/12, pp. 1544-52. [Consult: 25 Fevereiro 2018.]. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=66e98ef3-44cc-44ba-93ca-35c91c420741%40sessionmgr103&vid=1&hid=130>. ISSN 0962-1067.

Maroco, João. *Análise Estatística: Com o SPSS Statistics*. 6ª. Lisboa : ReportNumber, 2014. ISBN 978-989-96763-4-3.

Marquis, Bessie L. e Huston, Carol J. *Administração e Liderança em Enfermagem: teoria e prática*. 6ª Ed. s.l. : Artmed, 2010. 978-85-363-2329-9.

Meleis, Afaf Ibrahim. *Theoretical Nursing development and progress.* 5ª Ed. Philadelphia : Wolters Luwer Health, 2012. 978-1-60547-211-9.

Mesquita, Cristina; Gomes, Idalina Delfina; Mestrinho, Maria Guadalupe. *Parceria e cuidados de enfermagem: uma questão de cidadania.* Coimbra : Formasau, 2007. 978-972-8485-86-3.

Mezomo, Catarin João. *Gestão da Qualidade na saúde: princípios básicos.* Brasil : Monole Ltda, 2001. 85-204-1263-7.

Motta, Kátya Alexandrina, Munari, Denize Bouttelet e Costa, Fernanda Nunes. Os Pontos Críticos das Atividades do Enfermeiro-Gestor no Hospital Público. *Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas.* [Online]. 2009, pp 73-79. [Consult: 03 Dez 2017.] . Disponível em: <http://www.crp09.org.br/NetManager/documentos/v1n1a5.pdf>.

Needleman, Jack, BUERHAUS, Peter e MATTKE, Soeren. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *The New England Journal of Medicine.* [Online]. 30 Maio 2002, vol. 346, nº22, pp. 1715-22. [Consult: 03 Set 2018.]. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa012247>.

Nishio, Elizabeth Akemi e Franco, Maria Teresa. *Modelo de Gestão em Enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente.* Rio de Janeiro : Elsevier Editora Ltda, 2011. 978-85-352-3306-3.

Nunes, Lucilia. Significar os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: caminho estratégico de desenvolvimento. *Rev Ordem Enferm.* 2011, Vol. 38, Governação clínica e estratégias profissionais, pp. 90-5.

OECD. *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal raising standards.* Paris : OECD, 2015. 978-92-64-22598-5.

Ordem dos Enfermeiros. Enfermagem em Portugal. *OE.* [Online] 2008. [Consult: 23 Nov 2017.]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/brochura_10anos2008.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. *OE.* [Online] Outubro 2015. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. Membros ativos. *OE.* [Online] 2017. [Consult: 31 Agosto 2018.]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6595/2017_dadosestatisticos_nacional.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *OE.* [Online] 2014. [Consult: 01 Dez 2017.]. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos. OE. [Online] Dez 2001. [Consult: 24 Nov 2017.]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. OE. [Online] 2012. [Consult: 31 Agosto 2018.]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. OE. [Online] 12 Dez 2014. [Citação: 26 Out 2017.] . Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_do_Perfil_de_Competencias_do_Enfermeiro_Gestor.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. OE. [Online] 12 Dez 2014. [Consult: 03 Dez 2017.]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_do_Perfil_de_Competencias_do_Enfermeiro_Gestor.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. Segurança do doente. OE. [Online] Julho 2005. [Consult: 01 Dez 2017.] . Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_17_julho_2005.pdf. 1646-2629.

Ordem dos Enfermeiros. Tomada de posição sobre a segurança do cliente. OE. [Online] 2006. [Consult: 01 Dez 2017.] . Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_2maio2006.pdf.

Pereira, Filipe. *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. S.L. : Formasau, 2009. 978-989-826-906-5.

Pestana, Maria Helena e Gageiro, João Pestana. *Análise de dados para Ciências Sociais: complementaridade do SPSS*. 6ªed. Lisboa : Edições Sílabo, 2008. 978-972-618-775-2.

Pires, António. *Sistemas de Gestão da Qualidade*. Lisboa : Edições Sílabo, 2012. 978-972-618-663-2.

Polit, Denise F., Beck, Cheryl Tatano e Hungler, Bernardette P. *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª Ed. porto Alegre : Artmed Editora SA, 2004. 85-7307-984-3.

Pompeo, Daniele, Pinto, Maria Helena e Cesarino, Claudia. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir de relatos dos pacientes. *Acta Paul Enferm.* [Online] 2007, vol. 20, nº3, pp. 345-50 [Consult: 04 Set 2018.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a17v20n3.pdf.

Rabenschlag, Liange Arrua, Lima, Suzinara Beatriz e Eberhardt, Thaís Dresch. Percepção dos enfermeiros sobre a gestão da qualidade na assistência em enfermagem. *Rev enferm UFPE.* [Online]. Nov de 2015, vol.9, nº11, pp. 9656-62. [Consult: 08 Set 2018.]. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=0d2a29c3-e0bb-4ca6-aace-8bbe828b67cd%40sessionmgr4008>.

Regulamento n.º 76/2018. Diário da República. 2.ª série. N.º 218 (18-01-30), pp 3478-87.

Regulamento n.º 122/2011. Diário da República. 2.ª série. N.º 35 (11-02-18) pp.8648-53.

Regulamento n.º 190/2015. Diário da República. 2.ª série. N.º 79b (15-04-23), pp.10087-90.

Ribeiro, Olga Maria. Contextos da prática hospitalar e concepções de enfermagem: olhares sobre o real da qualidade e o ideal da excelência no exercício profissional dos enfermeiros. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2017. Tese de Doutoramento não publicada.

Ribeiro, Olivério, Margarida, Vieira e Madalena, Cunha. Gestão do tempo no planeamento dos cuidados de enfermagem. *Revista Servir.* [Online] 2016, vol. 59, nº4, pp.7-11. [Consult: 20 Set de 2018.]. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4580/1/GEST%C3%83O%20DO%20TEMPO%20NO%20PLANEAMENTO%20DE%20CUIDADOS%20DE%20ENFERMAGEM.pdf>.

Rocha, Mara, Sousa, Paulino e Martins, Manuela. A opinião dos Enfermeiro Diretores sobre a intervenção do Enfermeiro Chefe. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* [Online] Julh-Dec 2016, vol. 18, nº2, pp. 89-105. [Consult: 03 Dez 2017.]. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=210bd08a-a588-4baf-9bed-1ad89f8401c9%40pdc-v-sessmgr02>.

Royal College of Nursing. *Guidance on safe nurse staffing levels in Uk.* [Online] 2010. [Citação: 03 de 09 de 2018.] <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-003860>.

Sale, Diana. *Garantia da Qualidade nos cuidados de saúde para os profissionais da equipa de saúde.* 1ª. Lisboa : Principia, Publicações Universitárias e Científicas, 1998. 972-97457-6-5.

Saraiva, Margarida e Teixeira, António. *A qualidade numa perspetiva multi e interdisciplinar.* Lisboa : Edições Sílabo, 2009. 978-972-618-521-5.

Schaurich, Diego e Crossetti, Maria Graça. Produção do conhecimento sobre teorias de Enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* [Online] Jan-Mar 2010, vol.14, nº1, pp. 182-88. [Consult: 23 Out 2018.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a27>.

Serrano, Maria Teresa, Costa, Arminda Silva e Costa, Nilza Maria. Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência.* [Online] Mar de 2011. [Citação: 23 de Out de 2018.] <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserllln3/serllln3a02.pdf>.

Silva, Gomes, Mercedes. *Gestão da Qualidade em cuidados de saúde.* s.l. : Monitor - Projetos e Edições, 2013. 978-972-9413-88-9.

Silva, Lúcia Fátima, et al. Cuidado de enfermagem: o sentido para enfermeiros e pacientes. *Revista Brasileira Enfermagem.* [Online] Out-Dez de 2001. [Citação: 08 de Dez de 2017.] <http://www.scielo.br/pdf/reben/v54n4/v54n4a06.pdf>.

Sousa, Paulo, Pinto, Fausto J. e Costa, Carlos. Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* [Online] 2008, vol.7, pp. 57-65. [Consult: 17 Dez 2017.]. Disponível em: http://gos.ensp.unl.pt/sites/gos.ensp.unl.pt/files/vtematicon7_E-03-2008.pdf.

Souza, Uili Andrei e Cossentini, Luana Aparecida. A melhoria da assistência ao cliente por meio da gestão da qualidade em saúde. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research.* [Online] Mar-Mai 2017. vol. 18, nº2, pp 95-7. [Consult: 8 Dez 2017.]. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170401_165801.pdf.

Sternberg, Robert J. *Psicologia cognitiva.* Porto Alegre : Artmed, 2008. 978-85-363-1115.

Sucupira, Ana Cecília e Mendes, Rosilda. Promoção da saúde: conceitos e definições. *Sanare.* [Online] Jan-Mar 2003, vol. 4, nº1, pp 7-10. [Consult: 20 Set 2018.]. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/107/99>.

Tomey, Ann Marriner e Aligood, Martha Railer. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra.* s.l. : Lusociência, 2004. 972-8383-74-6.

Wong, Carol, Cummings, Greta e Ducharme, Lisa. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of Nursing Management*. [Online] 2013, vol. 21, pp. 709-24 [Consult: 12 Set 2018.]. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/ce0b/66889df41ed2daa16e090671d20875d8b89f.pdf>.

Yuri, Natalia Eiro e TRONCHIN, Maria Daisy. Qualidade assistencial na divisão de enfermagem Materno-Infantil de um hospital universitário na ótica de enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP*. [Online] 2010, vol.44, nº2, pp 331-8. [Consult: 23 Julho 2017.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/13.pdf>.

ANEXOS

ANEXO I – Questionário aplicado



Questionário inserido na Tese de Mestrado “Olhares da Enfermagem sobre a Qualidade Assistencial num Centro Materno Infantil”

A qualidade em saúde exige um crescente número de estratégias e condições, devendo ser imperiosamente determinada e avaliada, assumindo-se uma tarefa multiprofissional, assim a Ordem dos Enfermeiros expressa que *“nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde”* (OE, 2001, p. 6).

O questionário apresentado insere-se numa investigação no âmbito da dissertação de Mestrado do curso de Mestrado em Direção e Chefias de Serviços de Enfermagem, a realizar na Escola Superior de Enfermagem do Porto, intitulada “Olhares de Enfermagem sobre a Qualidade Assistencial num Centro Materno Infantil”. Apresenta como objetivo conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a qualidade dos cuidados que garantem a assistência num Centro Materno Infantil, em articulação com os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros.

O questionário é repartido em três grupos distintos facilmente identificados.

Peço para que leia atentamente as instruções e as questões realizadas. As suas respostas serão confidenciais, e a sua participação é voluntária, sendo assegurado o anonimato dos dados/repostas fornecidas.

O tempo estimado de preenchimento é de 5 a 10 minutos.

Agradeço desde já a sua colaboração.



Questionário inserido na Tese de Mestrado “Olhares da Enfermagem sobre a Qualidade Assistencial num Centro Materno Infantil”

GRUPO I

- Características do serviço -

Considerando o conhecimento que tem sobre o serviço onde exerce funções, peço que exprima a sua opinião face as seguintes afirmações:

1. Na sua opinião, no serviço onde trabalha os enfermeiros preocupam-se com a garantia da qualidade assistencial?

☐ Nada ☐ Pouco ☐ Muito ☐ MUITÍSSIMO

2. Na sua opinião o serviço onde trabalha tem condições para garantir uma qualidade assistencial?

☐ Nada ☐ Pouco ☐ Muito ☐ MUITÍSSIMO

3. O(a) gestor (a) do seu serviço preocupa-se com a garantia da qualidade?

☐ Nada ☐ Pouco ☐ Muito ☐ MUITÍSSIMO

4. Na sua opinião a dotação do seu serviço garante a qualidade assistencial?

☐ Nada ☐ Pouco ☐ Muito ☐ MUITÍSSIMO



Questionário inserido na Tese de Mestrado “Olhares da Enfermagem sobre a Qualidade Assistencial num Centro Materno Infantil”

Grupo II

- Escala de perceção das atividades de Enfermagem -

1 – Enquanto enfermeiro, expresse a sua opinião

Numa escala de 1 a 4, considere:

1- Nunca; 2- Poucas vezes; 3- Às vezes; 4- Sempre

1.1 - A satisfação do cliente	1	2	3	4
a) Os enfermeiros demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Os enfermeiros procuram constantemente empatia nas interações com o cliente (doente/família)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Os enfermeiros envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.2 - A promoção da saúde	1	2	3	4
a) Os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Os enfermeiros aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Os enfermeiros fornecem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.3 - A prevenção de complicações	1	2	3	4
a) Os enfermeiros identificam os problemas potenciais do cliente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Os enfermeiros demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Os enfermeiros supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Questionário inserido na Tese de Mestrado “Olhares da Enfermagem sobre a Qualidade Assistencial num Centro Materno Infantil”

- g) Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

1.4 – O Bem-estar e o autocuidado	1	2	3	4
a) Os enfermeiros identificam os problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Os Enfermeiros prescrevem e implementam intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Os enfermeiros demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.5 -A readaptação funcional	1	2	3	4
a) Os enfermeiros dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Os Enfermeiros planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Os Enfermeiros otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Os enfermeiros ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.6 -A organização dos cuidados de enfermagem	1	2	3	4
a) Os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Os enfermeiros conhecem as políticas do hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Questionário inserido na Tese de Mestrado “Olhares da
Enfermagem sobre a Qualidade Assistencial num
Centro Materno Infantil”

Grupo III

- Características sociodemográficas e profissionais -

1 – Serviço _____

2 – Perfil sociodemográfico:

2.1 – Género: Feminino ☐ Masculino ☐

2.2 – Estado Civil: Casado ☐ Solteiro ☐ Divorciado ☐ Outros ☐

2.3 – Idade: _____ (Anos completos em 31/12/2018)

3 – Perfil Profissional:

3.1 – Anos de exercício profissional: _____

3.2 – Anos no atual serviço: _____

3.4 – Com Especialidade ☐ Sem Especialidade ☐

Área de especialidade: _____

2.7 – Outros graus académicos:

Pós-Graduação:

Mestrado:

Doutoramento:

**Agradeço a sua colaboração neste estudo
Muito obrigada**

ANEXO II – Projeto aprovado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto

Informação sobre o Despacho do CTC relativo ao Pedido de Admissão à Dissertação de Ana Isabel Condês Tomaz

Secretariado CTC <secretariado.ctc@esenf.pt>

qui 09-11, 15:22

Você: ep6890@esenf.pt; 'mmartins' (mmartins@esenf.pt); maria manuela Martins (mmmartins1956@gmail.com)

Exmos.(as) Senhores(as),

Relativamente ao assunto em epígrafe, damos conhecimento a V. Exas. do teor do despacho exarado sobre o mesmo, em reunião do Conselho Técnico-Científico de 06/11/2017:

“Apreciada a proposta de tema e o teor do plano de trabalho, tendo em conta a observação dos requisitos regulamentares e o parecer do coordenador da UCP FGE-FGE, o CTC decidiu aceitar o pedido da admissão à dissertação. Fica registado o tema.”

Com os meus melhores cumprimentos,

Otilia Barbosa
Secretariado do Conselho Técnico-Científico
E-mail: secretariado.ctc@esenf.pt

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 Porto
Email: esep@esenf.pt
Telef: +351 22 507 35 00 Ext. 190
Fax: +351 22 509 63 37
<http://portal.esenf.pt>

ANEXO III – Autorização da Comissão de Ética e Conselho de Administração

Exma. Sra. Enf.^a Ana Tomaz
Rua D. Afonso Henriques n.º 4248 4.3B
4425-593 Águas Santas - Maia

ASSUNTO: Trabalho Académico – Mestrado - “Olhares de Enfermagem sobre a Qualidade Assistencial num Centro Materno Infantil” – N/ REF.º 2017.162(138-DEFI /130-CES)

O Conselho de Administração do CHP autoriza a realização do estudo acima mencionado, a realizar no Centro Materno Infantil do Norte desta Instituição e tendo como Investigador Principal a Enf.^a Ana Tomaz.

O estudo foi previamente analisado pela Comissão de Ética para a Saúde, pelo Gabinete Coordenador de Investigação, pela Direção do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP, pela Direção de Enfermagem e pelo Presidente do Conselho de Administração, tendo obtido parecer favorável.


Cumprimentos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
21/12/2017 21 DEZ. 2017
Dr. PAULO BARBOSA Dr.ª ELIA GOMES
Presidente Vogal Executiva
Prof. Doutor JOSÉ BARROS Dr. RUI RODRIGO
Diretor Clínico Vogal Executivo
Enf.ª EDUARDO ALVES
Enfermeiro Diretor

* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.º.

APRECIÇÃO E PARECER PARA A REALIZAÇÃO DE TRABALHO ACADÉMICO - MESTRADO

Título: "Olhares de Enfermagem sobre a Qualidade Assistencial num Centro Materno Infantil"	Ref.ª: 2017.162(138-DEFI/130-CES)
	Investigador: Enf.ª Ana Tomaz CMIN

<p>DIREÇÃO DE ENFERMAGEM:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL</p> <p><input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL</p> <p>Data:  EDUARDO ALVES Enfermeiro Diretor</p>	<p>PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL</p> <p><input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL</p> <p>Data: 20/12/017</p> <p>Dr. PAULO BARBOSA Presidente do Conselho de Administração do CHP</p>
--	--

Em conformidade. Pode ser autorizado


CHP - Centro de Definição de
ANTÓNIO MANUEL SILVA Hora 11.15
Enf. Supervisor 08.12.2017
Nº Ordem 16653 Ass.

SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDEcentro hospitalar
do Porto

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

Deliberação	Data: 22.11.2017	Órgão: Reunião Plenária
Título: "Olhares de Enfermagem sobre a Qualidade Assistencial num Centro Materno Infantil"		Ref.º: 2017.162(138-DEFI/130-CES)
Protocolo/Versão:	Promotor: o(a) próprio(a)	Investigador: Ana Tomaz Aluna ESEP

A Comissão de Ética para a Saúde – CES do CHP, ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do **TRABALHO ACADÉMICO MESTRADO** acima referenciado:

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da CES presentes:

Presidente: Dr.ª Luisa Bernardo

Vice-Presidente: Dr.ª Paulina Aguiar

Dr.ª Fernanda Manuela, Enf.ª Paula Duarte, Prof.ª Doutora Carla Teixeira, Prof.ª Doutora Maria Manuel Araújo Jorge, Dr. Gonçalo Senhorães Senra.

Resultado da votação:

PARECER FAVORÁVEL

A deliberação foi aprovada por unanimidade.

Pelo que se submete à consideração superior.

PARECER FAVORÁVEL

20/12/017

Dr. SEVERO TORRES

Assessor do Presidente do Conselho de Administração

Data 22.11.2017

A Presidente da CES

Dr.ª Luisa Bernardo

ANEXO IV – Consentimento do autor para utilização da escala

DECLARAÇÃO

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto, Doutorada em Ciências de Enfermagem pela Universidade do Porto, declara, dar autorização para o uso da Escala de Perceção das atividades de Enfermagem que contribuem para a qualidade de cuidados (EPAECQC) – MARTINS, MM; GOLÇALVES, M.N..

Sendo que a sua utilização implica no final do trabalho ter dados sobre o comportamento da escala na população em que vai ser aplicada, bem com a sua referenciação nas publicações que venham ocorrer.

Porto, 21 de novembro de 2017



(Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins)